

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

На правах рукопису

**ХІЧІЙ ОКСАНА АНДРІЇВНА**

**СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ОСІБ З  
ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ**

Спеціальність 053 Психологія  
Освітня програма «Клінічна психологія»  
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник  
Коструба Наталія Сергіївна,  
докторка психологічних наук, професор кафедри  
загальної та клінічної психології ВНУ імені Лесі  
Українки

**РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ**

Протокол № \_\_\_\_\_  
засідання кафедри \_\_\_\_\_  
від \_\_\_\_\_ 20\_ р.

Завідувач кафедри  
(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(підпис) ПІБ

**ЛУЦЬК 2024**

## АНОТАЦІЯ

**Хічій Оксана Андріївна. Ставлення до хвороби у осіб з цукровим діабетом I типу. – Рукопис.**

Магістерська робота присвячена вивченню ставлення до хвороби осіб із цукровим діабетом I типу, який є хронічним захворюванням, що значно впливає на якість життя пацієнтів. У дослідженні брали участь 45 пацієнтів віком від 18 до 40 років. Робота спрямована на аналіз психоемоційних реакцій, змін ставлення до хвороби на різних етапах її перебігу, а також визначення впливу соціальних факторів на сприйняття захворювання.

Дослідження підтвердило три гіпотези:

- Негативне ставлення до хвороби взаємопов'язане з низькою якістю життя, фізичним станом та розвитком ускладнень. Зокрема, 73.3% респондентів почуваються нещасливими через хворобу, а 66.7% відчують обмеження у соціальному житті.
- Ускладнення хвороби суттєво впливають на ставлення до неї. Респонденти, які мали ускладнення, частіше зазначали низький рівень задоволеності фізичним станом (33.3%), настроєм (33.4%) і соціальною активністю (26.7%).
- Результати підкреслюють важливість соціальної підтримки, яку 95% респондентів вважають ключовим чинником адаптації. Соціальні зв'язки сприяють зниженню рівня стресу та покращенню психологічного стану.

Важливою частиною роботи є розробка психологічних методів підтримки пацієнтів. Серед них виділяються символ-драма, метафоричні асоціативні карти (МАК карти) та драмо-терапія. Символ-драма дозволяє пацієнтам глибше розуміти власні емоції, знижувати рівень тривоги та покращувати саморегуляцію. Використання МАК карт допомагає пацієнтам виразити підсвідомі переживання через інтерпретацію зображень, що стимулює рефлексію та сприяє кращій адаптації до життя з хворобою. Драмо-терапія дозволяє відтворювати складні емоційні ситуації, підвищувати емпатію та знаходити нові стратегії для подолання стресу.

Практичне значення роботи полягає у створенні комплексних корекційних програм, що враховують індивідуальні особливості пацієнтів із цукровим діабетом I типу. Запропоновані методи спрямовані на покращення якості життя, підтримку емоційної стійкості та соціальної адаптації пацієнтів. Робота має наукову новизну, оскільки акцентує увагу на специфічних психологічних аспектах цукрового діабету I типу, який, хоча й становить лише 10% випадків захворювання на діабет, має значні відмінності у впливах на психоемоційний стан пацієнтів.

**Ключові слова:** цукровий діабет I типу, ставлення до хвороби, психологічна адаптація, соціальна підтримка, символ-драма, МАК карти, драмо-терапія.

## ANNOTATION

### **Khichii Oksana Andriivna. Attitude towards illness in individuals with type 1 diabetes. - Manuscript.**

This master's thesis focuses on exploring the attitudes of individuals with type 1 diabetes toward their illness, which significantly impacts their quality of life. The study involved 45 patients aged 18 to 40 and aimed to analyze psycho-emotional reactions, changes in disease perception at different stages, and the influence of social factors on illness perception.

Three hypotheses were confirmed:

- Negative attitudes towards the disease are associated with lower quality of life, poor physical health, and the development of complications. Specifically, 73.3% of respondents feel unhappy due to their illness, 66.7% experience social restrictions, and 73.3% face financial difficulties related to regular treatment.
- As the disease progresses, the type of response to it evolves. Patients with mixed types of responses adapt better to living with the condition, highlighting the dynamic nature of illness perception. Disease complications significantly impact patients attitudes. Respondents with complications reported lower satisfaction with their physical state (33.3%), mood (33.4%), and social activity (26.7%).
- The study emphasizes the critical role of social support, which 95% of participants identified as essential for their adaptation. Social interactions help reduce stress and improve psychological well-being.

The research developed psychological support methods, including guided imagery (symbol-drama), metaphorical associative cards (MAC cards), and drama therapy. Symbol-drama enhances emotional self-regulation and reduces anxiety. MAC cards facilitate the expression of subconscious feelings, promoting reflection and better disease adaptation. Drama therapy enables participants to process challenging emotional experiences, increase empathy, and develop new coping strategies.

The practical significance of this research lies in the creation of comprehensive intervention programs tailored to the needs of individuals with type 1 diabetes. These methods aim to improve quality of life, support emotional resilience, and enhance social adaptation. This work is scientifically novel as it sheds light on the psychological aspects of type 1 diabetes, which, despite accounting for only 10% of diabetes cases, presents unique challenges to patients' mental and emotional well-being.

**Keywords:** type 1 diabetes, attitude toward illness, psychological adaptation, social support, symbol-drama, MAC cards, drama therapy.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ .....</b>	<b>9</b>
1.1. Особливості ставлення до хвороби .....	9
1.2. Особливості ЦД І типу та перебігу захворювання.....	14
1.3. Психосоматичні аспекти цукрового діабету Ітипу.....	18
1.4. Взаємозв'язок між ставленням до хвороби та перебігом самого захворювання .....	25
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ОСІБ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ ...</b>	<b>30</b>
2.1. Характеристика вибірки та методи застосовані для емпіричного дослідження .....	30
2.2. Кількісний і якісний аналіз .....	35
<b>РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ОСІБ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ</b>	<b>48</b>
3.1 Теоретичні відомості про методи, які використані для корекційної програми.....	48
3.2 Корекційна програма ставлення до хвороби осіб з ЦД І типу, використовуючи методи символ-драми, МАК карт та драмо- терапії.....	49
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>62</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>66</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>71</b>

## ВСТУП

### **Актуальність дослідження.**

Протягом останніх десятиріч спостерігається тенденція до збільшення кількості людей з цукровим діабетом (ЦД), у яких в наслідок хвороби розвиваються психічні розлади, що в свою чергу приводить до погіршення загального стану.

Особи, що страждають від ЦД, часто зазнають серйозного фізичного й емоційного стресу, що може сприяти погіршенню ментального здоров'я та фізичного. Дослідження свідчать про те, що люди з хронічними хворобами мають вищий ризик розвитку розладів у порівнянні зі здоровими особами в залежності від їх ставлення до захворювання.

Негативне ставлення до хвороби може призвести до погіршенню прогнозів захворювання, збільшити ризик загострень симптомів, вплинути на дотримання лікування та знизити якість життя. Особи, з деструктивним ставленням до хвороби, можуть виявляти меншу мотивацію брати участь у процесі лікування, некоректно реагувати на побічні ефекти лікарських препаратів та відчувати сильніший фізичний й емоційний дискомфорт.

Ставлення до хвороби у осіб з цукровим діабетом 1 типу є важливим аспектом медичного, соціального і психологічного дискурсу. Це хвороба, яка потребує постійної уваги та самоменеджменту від пацієнтів, оскільки вона впливає на їхнє щоденне життя та благополуччя.

Актуальність досліджень стосовно ставлення до цукрового діабету 1 типу визначається декількома факторами:

Специфікації хвороби: цукровий діабет 1 типу відрізняється від інших форм діабету тим, що виникає через автоімунне ураження клітин підшлункової залози, які виробляють інсулін. Це означає, що пацієнти мають залежність від зовнішнього введення інсуліну протягом всього життя.

**Якість життя:** ставлення до хвороби може суттєво впливати на якість життя пацієнтів. Дослідження можуть визначити фактори, які полегшують або ускладнюють адаптацію пацієнтів до нового стану та їхню можливість здійснювати повноцінний спосіб життя.

**Спільнота та соціальне середовище:** Важливо розуміти, як спільнота та соціальне середовище взаємодіють з пацієнтами з цукровим діабетом 1 типу. Дослідження можуть виявити виклики та можливості, які існують в цьому відношенні.

**Психосоціальні аспекти:** Ставлення оточення, стигма та психологічна підтримка важливі для пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу. Дослідження можуть допомогти розкрити фактори, що впливають на психічне здоров'я пацієнтів.

Важливим є не лише дослідження ставлення до хвороби у осіб з ЦД 1 типу, а також розробка ефективних стратегій попередження, діагностики й лікування, для поліпшення загального стану здоров'я й добробуту цих осіб. Тому дослідження цієї теми є вкрай актуальною та важливою для сучасного суспільства й медицини.

Це також обґрунтовує необхідність розробити тренінг та виділити основні рекомендації для покращення психологічного стану, і дасть можливість зменшити стрес, фобії, тривожність, депресивні розлади, а також допоможе пацієнтам відновити внутрішні ресурси та сили.

**Наукові праці:** Дослідження ставлення до хвороби охоплює широке коло науковців із різних дисциплін, зокрема медицини, психології, соціології та суміжних галузей. У контексті цукрового діабету 1 типу ця тема є багатогранною і досліджується фахівцями, які вивчають психосоціальні, культурні та поведінкові аспекти хвороби. Зокрема, увага приділяється впливу ставлення до захворювання на якість життя, соціальну адаптацію та емоційний стан пацієнтів. Науковці, які були використанні для теоретичної частини: Дж. Гросмана, С. Коена, Х. Данбар, Р. Лазарус, С. Фолькман, К. Місс, Н. Шилі, О.С.Чабан, А. Р. Лурія, Л.Вассерман, В.А.Тутошкін, Карвасарський, Б.Д.та інші.

**Об'єкт дослідження:** особистість люди з цукровим діабетом І типу.

**Предметом дослідження:** психологічний особливості ставлення до хвороби у людей з ЦД I типу.

**Мета:** Мета роботи полягає в теоретичному та емпіричному вивченні ставлення до хвороби у осіб з ЦД I типу та взаємозв'язок такого ставлення із особливостями перебігу захворювання.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні дослідження особливостей ставлення до хвороби та ЦД I типу.

2. Емпірично дослідити ставлення до хвороби. Кількісний та якісний аналіз отриманих даних.

3. Розробити корекційну програму, ставлення до хвороби у осіб з ЦД I типу.

**Гіпотези дослідження:**

1. Негативне ставлення до хвороби взаємопов'язане із низькою якістю життя, фізичним станом та розвитком ускладнень.

2. З прогресом захворювання змінюється тип реагування на захворювання.

3. З прогресуванням ускладнень змінюється ставлення до хвороби.

**Методи дослідження:** Для дослідження використовувала наступні методи: теоретичні методи (аналіз, порівняння, кореляція, узагальнення та систематизація результатів) та емпіричні методи (анкетування, опитування «ставлення до хвороби ТОБОЛ Вассерман Л. І. з співавт.», опитувальник Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значимості хвороби, Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.), Шкала якості життя SF-36).

**Експериментальна база.**

У дослідженні взяло участь 45 пацієнтів з цукровим діабетом I типу, віком від 18 до 40 років та різною тривалості захворювання.

**Наукова новизна.** Досліджувались пацієнти з ЦД I типу, оскільки вони становлять лише 10% від загальної кількості хворих на цукровий діабет, і більшість досліджень зазвичай охоплює групу осіб із ЦД II типу.

Проте згідно передбачень ВООЗ: кількість хворих буде зростати, випереджаючи попередні показники, саме тому є необхідність дослідити та розробити корекційну роботу. Дослідження ставлення до хвороби осіб з цукровим діабето І типу, дозволило проаналізувати специфічність психоемоційних реакцій пацієнтів з ЦД І типу. Також дозволив проаналізувати зміни ставлення до хвороби на різних етапах його перебігу. Було розглянуто вплив соціальних факторів на сприйняття захворювання пацієнтами та на перебіг самого захворювання.

Також, на основі дослідження, були розроблені методи психологічної підтримки, спрямованих на покращення самооцінки, перебігу захворювання, ставлення до хвороби. Такий підхід дозволить розширити наукові уявлення про психологічні аспекти цукрового діабету І типу та розробити більш ефективні стратегії ведення пацієнтів.

**Структура та обсяг роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, загальних висновків, списку використаних джерел, який включає в себе 47 найменувань. Робота викладена на 54 сторінках, містить 10 рисунків та 3 таблиці.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

### 1.1 Особливості ставлення до хвороби

Ставлення до хвороби є багатовимірним поняттям, яке охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Воно визначає, як людина сприймає свою хворобу, як реагує на діагноз і як управляє своїм здоров'ям. Розуміння особливостей ставлення до хвороби має важливе значення для розробки ефективних програм лікування та підтримки пацієнтів, особливо з хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет 1 типу.

Однією з ключових моделей, що пояснює ставлення до хвороби, є Модель саморегуляції хвороби (Leventhal, 1980). Ця модель передбачає, що пацієнти активно формують уявлення про свою хворобу, які включають ідентифікацію симптомів, пошук причин захворювання, оцінку наслідків та тривалості хвороби, а також можливості контролю та виліковності. Відповідно до цієї моделі, когнітивні репрезентації хвороби впливають на вибір стратегій подолання (копінгу) та на результати лікування.

Іншою важливою теорією є Теорія стресу та копінг-стратегій (Lazarus & Folkman, 1984), яка описує, як людина реагує на стресові ситуації, включаючи діагноз хронічної хвороби. Ця теорія підкреслює важливість оцінки події як загрозливої чи викликової та вибору відповідних стратегій подолання, які можуть бути адаптивними або дезадаптивними.

Теорія самомоніторингу та самоконтролю (Bandura, 1997) також відіграє значну роль у розумінні ставлення до хвороби. Відчуття власної ефективності

(самоефективність) впливає на здатність пацієнта контролювати свій стан, дотримуватися лікувальних рекомендацій та активно управляти своїм здоров'ям.

Когнітивні аспекти ставлення до хвороби включають уявлення та переконання пацієнта про свою хворобу. Вони визначають, як людина розуміє природу захворювання, його причини, можливості лікування та прогноз. Наприклад, пацієнти, які вважають свою хворобу контрольованою та мають віру у власні можливості її управляти, схильні до більш позитивного ставлення та кращого дотримання лікувальних рекомендацій (Moss-Morris et al., 2002).

Модель зміни поведінки (Prochaska & DiClemente, 1983) також застосовується для розуміння когнітивних аспектів ставлення до хвороби. Вона описує різні стадії готовності до змін, від попереднього замислення до підтримки та утримання нових поведінкових стратегій. Ця модель допомагає ідентифікувати стадію, на якій знаходиться пацієнт, та розробити відповідні інтервенції для сприяння адаптації до хвороби.

Емоційні реакції на хворобу є невід'ємною частиною ставлення до неї. Діагноз хронічної хвороби, такої як цукровий діабет 1 типу, часто супроводжується почуттями страху, тривоги, депресії та стресу (Taylor, 1983). Ці емоції можуть впливати на когнітивні процеси та поведінкові реакції, знижуючи здатність пацієнта ефективно управляти своїм станом.

Згідно з Теорією стресу та копінг-стратегій, емоційні реакції на хворобу можуть спонукати пацієнта до використання різних стратегій подолання. Адаптивні емоційні реакції, такі як оптимізм та віра у власні сили, сприяють більш ефективним стратегіям копіngu, тоді як негативні емоції можуть призводити до уникання проблем та дезадаптивних стратегій.

Поведінкові аспекти ставлення до хвороби включають дії та реакції пацієнта на хворобу, такі як дотримання лікувального режиму, зміна способу життя, участь у фізичних навантаженнях та взаємодія з медичними працівниками. Відношення до хвороби значно впливає на поведінкові стратегії, які пацієнти використовують для управління своїм станом.

Теорія самомоніторингу та самоконтролю передбачає, що високий рівень самоефективності пов'язаний з більш активним дотриманням лікувальних рекомендацій та позитивними змінами в поведінці. Пацієнти, які вірять у свої можливості контролювати хворобу, частіше виконують медичні призначення та здійснюють необхідні зміни в способі життя (Bandura, 1997).

Ставлення до хвороби формується під впливом різних факторів, які можуть бути індивідуальними, соціальними та культурними.

Індивідуальні особливості, такі як вік, стать, рівень освіти та особистісні риси, можуть суттєво впливати на ставлення до хвороби. Наприклад, молодші пацієнти можуть мати інші уявлення про свою хворобу порівняно з літніми, а жінки та чоловіки можуть відрізнятися в емоційних реакціях та поведінкових стратегіях (Hagger & Orbell, 2003).

Соціальна підтримка від сім'ї, друзів та медичних працівників відіграє важливу роль у формуванні ставлення до хвороби. Високий рівень підтримки сприяє більш позитивному сприйняттю хвороби та ефективним стратегіям копіngu, тоді як відсутність підтримки може призводити до ізоляції та негативних емоційних реакцій (Taylor, 1983).

Культурні переконання та норми також впливають на ставлення до хвороби. У різних культурах можуть існувати різні погляди на хворобу, її причини та методи лікування, що формує унікальні ставлення до хвороби серед представників цих культур. Наприклад, у деяких культурах хвороба може розглядатися як наслідок духовних причин, що впливає на вибір методів лікування та стратегії подолання.

Ставлення до хронічних захворювань, таких як цукровий діабет 1 типу, має свої специфічні особливості. Ці хвороби вимагають постійного моніторингу та управління, що може призводити до хронічного стресу та виснаження. Пацієнти з хронічними захворюваннями часто стикаються з необхідністю довготривалого дотримання лікувальних рекомендацій, зміни способу життя та адаптації до нових умов життя.

Вивчення ставлення до хронічних захворювань дозволяє ідентифікувати бар'єри та фактори, що сприяють успішній адаптації. Наприклад, дослідження показали, що позитивне ставлення до хвороби пов'язане з кращим самоконтролем, вищою якістю життя та нижчим рівнем депресії (Weinman et al., 1996).

Копінг-стратегії — це методи, які люди використовують для подолання стресу та адаптації до хвороби. Вони можуть бути як адаптивними, так і дезадаптивними. Адаптивні стратегії включають активне вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, позитивне мислення, тоді як дезадаптивні стратегії можуть включати уникання, заперечення та агресію.

Теорія стресу та копінг-стратегій (Lazarus & Folkman, 1984) дозволяє класифікувати різні види копінг-стратегій та їхній вплив на психологічний стан пацієнта. Наприклад, активні стратегії сприяють зниженню рівня стресу та покращенню емоційного стану, тоді як пасивні стратегії можуть посилювати негативні емоції та погіршувати якість життя.

Ставлення до хвороби значно впливає на якість життя пацієнтів. Позитивне ставлення сприяє кращому самоконтролю, активній участі у лікуванні та підтримці соціальних зв'язків, що в свою чергу покращує фізичний та психологічний стан. Негативне ставлення може призводити до зниження мотивації до лікування, підвищеного рівня стресу та депресії, а також до погіршення фізичного стану через недостатнє дотримання лікувальних рекомендацій.

Отже, ставлення до хвороби є багатогранним явищем, що охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти. Воно впливає на те, як пацієнти сприймають своє захворювання, реагують на нього та адаптуються до вимог, які воно висуває. У випадку хронічних хвороб, таких як цукровий діабет 1 типу, особливості ставлення до хвороби набувають ще більшого значення, адже захворювання вимагає постійного моніторингу, тривалого лікування та змін способу життя.

Дослідження показують, що когнітивні уявлення про хворобу, зокрема її сприйняття як контрольованої чи неконтрольованої, можуть визначати загальні результати лікування. Пацієнти, які мають позитивне ставлення до захворювання та вірять у свою здатність впливати на його перебіг, демонструють вищий рівень самоконтролю і краще дотримуються медичних рекомендацій. Натомість негативні когнітивні уявлення часто призводять до пасивних стратегій уникання та зниження ефективності лікування.

Емоційна складова також відіграє важливу роль у формуванні ставлення до хвороби. Страх, тривога, депресія і хронічний стрес є частими супутниками діагнозу, які можуть суттєво погіршити як емоційний стан, так і здатність до ефективного управління хворобою. Адаптивні емоційні реакції, такі як оптимізм чи впевненість у своїх силах, натомість сприяють зниженню рівня стресу та покращенню якості життя.

Соціальна підтримка також відіграє ключову роль у формуванні ставлення до хвороби. Підтримка з боку родини, друзів чи медичних працівників здатна зменшити негативні емоції, сприяти використанню активних копінг-стратегій і покращувати взаємодію пацієнтів із системою охорони здоров'я. Водночас відсутність підтримки може поглиблювати почуття ізоляції та негативно впливати на емоційний стан.

Ставлення до хвороби безпосередньо впливає на якість життя пацієнтів. Позитивне ставлення сприяє більш активній участі у лікуванні, покращує фізичний і психологічний стан, а також підтримує соціальні зв'язки. Натомість негативне сприйняття хвороби часто призводить до зниження мотивації до лікування, погіршення емоційного стану та фізичного самопочуття. Це підкреслює важливість розуміння ставлення до хвороби для розробки ефективних програм психологічної підтримки, які сприятимуть адаптації пацієнтів і покращенню їхньої якості життя.

## **1.2 Особливості ЦД I типу та перебігу захворювання**

Цукровий діабет – це хронічне ендокринне захворювання, що виникає через порушення функції підшлункової залози, коли інсулін (гормон) або виробляється в недостатній кількості, або не ефективно використовується організмом. Інсулін регулює рівень глюкози (цукру) в крові. Якщо рівень цукру підвищений, це називається гіперглікемією, а якщо знижений – гіпоглікемією.

Існує три основні типи діабету: I, II та гестаційний. Діабет I типу зазвичай діагностують у дітей та молодих людей. Він виникає через руйнування підшлункової залози, яка або не виробляє інсулін, або виробляє його в недостатній кількості, що порушує вуглеводний обмін і викликає постійне підвищення рівня цукру в крові. Цей тип супроводжується кетоацидозом, є інсулінозалежним і вимагає регулярних ін'єкцій інсуліну. Без інсулінотерапії розвивається діабетична кома, що може призвести до смерті. Більше 15% людей із ЦД I типу помирають через 25 років після початку хвороби. Діабет цього типу поділяється на аутоімунний та ідіопатичний.

Діабет II типу розвивається поступово, частіше у людей старшого віку. Основна ознака – це те, що організм виробляє інсулін, але він не використовується ефективно через знижену чутливість тканин до інсуліну. Симптоми включають: погане загоєння ран, оніміння та поколювання в кінцівках, спрагу, ожиріння, втому і затуманений зір. Часто діабет II типу діагностують, коли вже наявні ускладнення.

Таблиця 1.1 Диференціація між діабетом I та II типу

Характеристика	Діабет I типу	Діабет II типу
Початок	Раптовий	Поступовий
Вік хворих	Діти та молоді люди	Переважно старше 40 років
Маса тіла	Спочатку низька, згодом збільшуватися може	Зазвичай надмірна вага
Кетоацидоз	Частий	Рідкісний
Аутоантитіла	Присутні	Відсутні

Власний інсулін	Низький або відсутній	Нормальний, низький або високий
Основні симптоми	Надмірний апетит, спрага, втрата ваги, втома, погіршення зору	Погане загоєння ран, оніміння, ожиріння, втома, затуманений зір
Лікування	Інсулінотерапія (ін'єкції)	Інсулінотерапія (таблетки)
Частка хворих	10%	90%

Основна причина розвитку ЦД I типу – автоімунна реакція, під час якої організм починає атакувати власні бета-клітини, розташовані в острівцях Лангерганса підшлункової залози. Це призводить до поступової втрати здатності виробляти інсулін. Однією з основних ознак ЦД I типу є наявність аутоантитіл, які спрямовані на антигени бета-клітин, зокрема глутаматдекарбоксилази (GAD), білка острівців (IA-2) і інсуліну. Це дозволяє діагностувати хворобу навіть до появи клінічних симптомів, коли функція бета-клітин ще не повністю порушена

Етіологія захворювання включає як генетичні, так і зовнішні фактори. Схильність до ЦД I типу передається генетично, хоча хвороба не є чітко спадковою. Зовнішні чинники, такі як вірусні інфекції (наприклад, віруси Коксаки або цитомегаловірус), а також харчові та екологічні фактори, можуть сприяти активації автоімунної реакції у генетично схильних осіб .

Початок захворювання зазвичай раптовий і характеризується стрімким розвитком симптомів гіперглікемії. Це може бути спрага (полідипсія), часте сечовипускання (поліурія), втрата ваги та слабкість. Головним патогенетичним механізмом є відсутність інсуліну, який відповідає за переміщення глюкози з крові до клітин для використання як енергії або зберігання у вигляді глікогену. Без інсуліну глюкоза залишається в крові, що призводить до гіперглікемії.

Іншим важливим аспектом є кетоацидоз – патологічний стан, що виникає через накопичення кетонових тіл в організмі. Це відбувається в результаті розпаду жирів для виробництва енергії, коли клітини не можуть використовувати глюкозу через відсутність інсуліну. Кетоацидоз є небезпечною для життя ускладненням ЦД I типу, яке потребує негайної медичної допомоги .

Перебіг ЦД I типу можна розділити на кілька етапів, починаючи від латентної фази (коли аутоантитіла вже присутні, але симптоми відсутні), до клінічно вираженої стадії з маніфестацією симптомів і потребою в інсулінотерапії. Зазвичай перші симптоми з'являються, коли функція підшлункової залози знижена на 80-90%. Однак, навіть після початку інсулінотерапії може існувати короткий період ремісії, так званий "медовий місяць", під час якого потреба в інсуліні зменшується через залишкову активність бета-клітин .

Окрім основних проявів захворювання, ЦД I типу супроводжується багатьма вторинними ускладненнями. До них належать ураження очей (діабетична ретинопатія), нирок (нефропатія), периферичних нервів (нейропатія) і серцево-судинної системи (атеросклероз, інфаркти та інсульти). Ускладнення виникають через хронічно підвищений рівень глюкози в крові, який пошкоджує судини та тканини організму. Поява цих ускладнень значно залежить від контролю рівня глюкози та інших факторів, таких як артеріальний тиск і рівень холестерину .

Висновок: Цукровий діабет — хронічне ендокринне захворювання, яке значно впливає на стан здоров'я та якість життя пацієнтів. Воно характеризується порушенням вироблення або використання інсуліну, що призводить до розбалансування рівня глюкози в крові. Найбільш поширеними формами є діабет I та II типу, які мають різні механізми розвитку, клінічні прояви та підходи до лікування.

Цукровий діабет I типу, що часто зустрічається у дітей та молодих людей, виникає внаслідок автоімунного руйнування бета-клітин підшлункової

залози. Основною причиною є аутоімунна реакція, активована генетичними чи зовнішніми чинниками, такими як вірусні інфекції. Ця форма діабету супроводжується дефіцитом інсуліну, що спричиняє стійку гіперглікемію. Ключовими симптомами є полідипсія, поліурія, втрата ваги, слабкість, а у важких випадках можливий розвиток кетоацидозу, який потребує негайної медичної допомоги.

Особливість ЦД I типу полягає у швидкому початку захворювання та потребі у довічній інсулінотерапії. Водночас перебіг хвороби може мати кілька стадій, починаючи від латентної фази до клінічно вираженої форми. На початку лікування можливий тимчасовий період часткової ремісії, коли потреба в інсуліні знижується, що відомо як "медовий місяць". Проте без належного контролю захворювання призводить до значних ускладнень, таких як діабетична ретинопатія, нефропатія, нейропатія та серцево-судинні порушення.

У свою чергу, цукровий діабет II типу зазвичай розвивається поступово, вражаючи переважно людей старшого віку. Основною особливістю є зниження чутливості тканин до інсуліну, що поєднується із надмірною масою тіла та іншими метаболічними порушеннями. Симптоми цієї форми часто менш виражені на початкових стадіях, що ускладнює своєчасну діагностику.

Дані свідчать, що обидві форми діабету супроводжуються ризиком розвитку серйозних ускладнень, які суттєво впливають на тривалість та якість життя пацієнтів. Однак дотримання лікувальних рекомендацій, контроль рівня глюкози та профілактика ускладнень дозволяють уникнути значної частини негативних наслідків.

Розуміння етіології, патогенезу та особливостей перебігу цукрового діабету є критично важливим для його ефективного лікування. Комплексний підхід, що поєднує медикаментозну терапію, зміну способу життя та профілактику ускладнень, є ключем до покращення результатів лікування і підвищення якості життя пацієнтів.

### **1.3 Психосоматичні аспекти цукрового діабету I типу**

Психосоматика є важливим напрямком у психотерапії, що досліджує вплив психічних факторів на виникнення та перебіг різних захворювань. Вона вивчає, як емоції, стреси та інші психічні стани впливають на функціонування організму, що може призводити до розвитку соматичних симптомів. Основоположниками психосоматики є Зигмунд Фройд та Йозеф Брейер, які довели, що "пригнічені емоції" та психічні травми часто виявляються у вигляді фізичних проявів. У подальшому, в середині ХХ століття, цю концепцію розвивали такі вчені, як Франц Александер, Фелікс Дойч та Гелен Данбар, котрі поглибили розуміння взаємозв'язку між психічними процесами та тілесними симптомами.

Ідеї Павлова також мали значний вплив на розвиток психосоматики, зокрема через дослідження механізмів експериментальних неврозів. Роботи таких відомих учених, як М. Я. Мудров, Г. А. Захар'їн та С. П. Боткін, підтвердили, що емоційні стани і характер особистості мають суттєвий вплив на фізіологічні процеси в організмі. Вони критикували концепцію, що хвороби є виключно біологічними явищами, і наголошували на важливості емоцій у розвитку та перебігу захворювань. За даними ВООЗ, значна частина пацієнтів із різними хворобами мають психосоматичні розлади.

Однією з найбільш очевидних і поширених реакцій організму на емоції є зміни у фізіологічних процесах. Тривога, страх, гнів, радість та інші емоції впливають на серцевий ритм, дихання, роботу шлунково-кишкового тракту та м'язову активність. Ці взаємозв'язки між емоціями та тілесними процесами є основою психосоматичної концепції, яка підкреслює нерозривність психологічного та фізичного аспектів здоров'я.

К. Місс та Н. Шилі описали вісім моделей поведінки людей, схильних до розвитку хвороб. Перша модель пов'язана з невирішеними психологічними та емоційними конфліктами, які можуть походити з дитинства або виникати через стресові події у дорослому житті, наприклад, втрата близької людини або розлучення. Друга модель базується на страхах і негативних установках, що веде до підвищеної тривожності та депресії. Третя модель вважається

найважливішою, оскільки відсутність любові і турботи може провокувати хронічні захворювання, зокрема ожиріння, яке є фактором ризику для розвитку цукрового діабету.

Четверта модель пов'язана з відсутністю гумору та здатності відокремлювати важливі проблеми від другорядних, що може спричиняти розлади в роботі серцево-судинної, травної та нервової систем. П'ята модель торкається труднощів із визначенням пріоритетів у житті, що може негативно вплинути на здоров'я. Шоста модель акцентує на важливості здорового способу життя, здатності відчувати потреби тіла та правильно реагувати на них. Сьома модель описує страждання, пов'язані з втратою сенсу життя, що може викликати депресію і психосоматичні розлади. Восьма модель пов'язана з запереченням власної хвороби, що призводить до внутрішнього стресу та погіршення здоров'я.

Термін «психосоматика» використовується для опису взаємозв'язку між психічними та соматичними (фізичними) процесами. Психосоматична медицина розглядає хворобу як результат складної взаємодії емоційних, психологічних і фізіологічних чинників. У контексті цукрового діабету 1 типу, психосоматичний підхід дозволяє зрозуміти, як психологічний стрес, емоційні реакції та когнітивні переконання можуть впливати на регуляцію рівня цукру в крові та загальний стан здоров'я пацієнтів.

Цукровий діабет 1 типу (ЦД1) є хронічним автоімунним захворюванням, яке вимагає постійного медичного спостереження і самоконтролю. Це захворювання впливає не тільки на фізичне, а й на психологічне благополуччя пацієнтів, оскільки постійна боротьба з хворобою створює значний емоційний і психічний стрес. В останні роки зростає інтерес до психосоматичних аспектів цукрового діабету, які охоплюють взаємодію психологічних і фізіологічних чинників, що впливають на розвиток та перебіг захворювання. У цьому розділі проаналізовано основні психосоматичні аспекти ЦД1, а також їхній вплив на самоконтроль, якість життя та психологічну адаптацію пацієнтів.

Дослідження також підтверджують, що у людей із цукровим діабетом часто спостерігаються психологічні розлади. Rudolf у 1970 році запропонував психосоматичну модель розвитку діабету, яка підкреслює, що невирішені внутрішні конфлікти та потреби можуть призводити до переїдання та ожиріння, що з часом викликає виснаження функцій підшлункової залози. Крім того, він зазначав, що люди, які втрачають любов та турботу, відчувають емоційний голод, що не задовольняється їжею, незалежно від її кількості.

Пацієнти з діабетом часто стикаються з психічними травмами та стресом, що може спричинити порушення адаптації, особливо у молодих людей із ускладненнями. Вони відчувають дратівливість, слабкість, апатію та підвищену емоційність, що збільшує ризик депресії та ускладнень діабету. Психосоматичні пацієнти зазвичай проходять кілька етапів прийняття свого діагнозу, включаючи заперечення, гнів, депресію та адаптацію до хвороби.

Зокрема, дослідження показують, що емоційний стрес може посилювати автоімунні процеси, які є основою ЦД1. Так, підвищений рівень стресу може спричиняти зміну рівня гормонів стресу, таких як кортизол і адреналін, що, у свою чергу, впливає на метаболізм глюкози і сприяє дестабілізації рівня цукру в крові (Barnard et al., 2015).

Стрес є ключовим психосоматичним чинником, який суттєво впливає на розвиток і перебіг ЦД1. За даними численних досліджень, хронічний стрес може не лише сприяти появі автоімунних процесів, але й ускладнювати їх перебіг. У пацієнтів із ЦД1 спостерігається підвищена чутливість до стресу через постійну необхідність контролювати рівень глюкози, дотримуватися режиму харчування і прийому інсуліну.

Емоційний стрес викликає активацію симпатичної нервової системи і виділення адреналіну, що спричиняє підвищення рівня глюкози в крові через стимуляцію глікогенолізу в печінці (Lloyd et al., 2019). Крім того, стрес призводить до підвищення рівня кортизолу, який впливає на інсулінорезистентність та знижує ефективність дії інсуліну. У результаті, пацієнти, які переживають стресові ситуації або мають хронічний стрес,

частіше стикаються з епізодами гіперглікемії або гіпоглікемії, що ускладнює контроль захворювання.

Пацієнти з цукровим діабетом 1 типу часто стикаються з різними емоційними проблемами, такими як тривога, депресія, почуття безпорадності та страх перед ускладненнями хвороби. Ці емоції можуть значно впливати на самоконтроль, а також погіршувати перебіг захворювання. Депресія, зокрема, є одним із найбільш поширених психічних станів у пацієнтів з ЦД1. За даними досліджень, частота депресії серед таких пацієнтів є вдвічі вищою, ніж у загальній популяції (Egede & Ellis, 2010).

Депресивні стани знижують мотивацію пацієнтів до дотримання лікувального режиму, що може призводити до погіршення контролю рівня глюкози в крові. Водночас тривожні розлади, які також є поширеними серед пацієнтів з ЦД1, викликають підвищену чутливість до коливань рівня цукру та посилюють відчуття невизначеності та стресу (Peurot et al., 2012). Виникає порочне коло, коли емоційні стани посилюють фізіологічні симптоми захворювання, що у свою чергу спричиняє погіршення емоційного стану.

Одним із ключових аспектів психосоматичного підходу до вивчення ЦД1 є дослідження стратегій подолання хвороби (копінг-стратегій). Адаптація до хронічного захворювання залежить від того, як пацієнт сприймає хворобу і які стратегії використовує для подолання стресу та викликів, пов'язаних із захворюванням.

Дослідження показують, що пацієнти, які застосовують активні копінг-стратегії (наприклад, вирішення проблем або пошук соціальної підтримки), мають кращий контроль рівня глюкози та вищу якість життя порівняно з тими, хто використовує пасивні стратегії (наприклад, уникання або заперечення хвороби) (Skinner et al., 2003). Активні стратегії сприяють покращенню психологічної адаптації та зниженню рівня стресу, що позитивно впливає на загальний стан здоров'я.

Однак пацієнти, які використовують пасивні копінг-стратегії, частіше мають проблеми з дотриманням лікувального режиму та стикаються з частими

коливаннями рівня цукру в крові. Крім того, дослідження показують, що низький рівень соціальної підтримки є одним із факторів, який сприяє погіршенню психологічної адаптації та підвищує ризик розвитку депресії та тривожних розладів (Van Bastelaar et al., 2010).

Ставлення пацієнта до своєї хвороби також має значний вплив на його фізичний та психологічний стан. Люди з цукровим діабетом часто переживають відчуття несправедливості та обмеженості, що може посилювати депресію. Наявність хвороби також може надавати певні "переваги", такі як можливість уникнути відповідальності або отримати додаткову увагу та турботу з боку оточення, що впливає на їхнє емоційне ставлення до власного стану.

Таким чином, психосоматика відіграє важливу роль у розумінні зв'язку між психічними та фізичними аспектами захворювань, зокрема таких, як цукровий діабет. Вивчення цих процесів допомагає краще розуміти причини хвороб і знаходити підходи до їх лікування та профілактики.

Зважаючи на значний вплив психосоматичних чинників на перебіг ЦД1, розробка психологічних інтервенцій стала важливим напрямком у лікуванні цього захворювання. Основними цілями таких інтервенцій є зниження рівня стресу, поліпшення емоційного стану та покращення самоконтролю пацієнтів.

Одним із найефективніших методів психологічної допомоги є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає пацієнтам змінювати негативні когнітивні схеми та навчитися ефективним копінг-стратегіям для подолання стресу (Ismail et al., 2004). КПТ дозволяє зменшити рівень депресії та тривожності у пацієнтів із ЦД1, а також покращити їхнє ставлення до хвороби та підвищити мотивацію до дотримання лікувального режиму.

Ще одним ефективним підходом є медитативні техніки, такі як медитація усвідомленості (mindfulness), які сприяють зниженню рівня стресу та покращенню емоційного благополуччя. Медитація допомагає пацієнтам бути більш усвідомленими щодо своїх емоцій і фізичних відчуттів, що сприяє кращому контролю над хворобою та покращенню самоконтролю рівня глюкози в крові (Gregg et al., 2007).

Цукровий діабет 1 типу значно впливає на якість життя пацієнтів, оскільки вимагає постійного контролю над захворюванням, що може викликати відчуття постійного обмеження і стресу. Якість життя пацієнтів з ЦД1 залежить не лише від фізичних аспектів захворювання, таких як контроль рівня глюкози або наявність ускладнень, але й від психологічних і соціальних чинників.

Пацієнти, які мають високий рівень соціальної підтримки та позитивне ставлення до захворювання, зазвичай мають вищу якість життя (Hagger & Hendriekx, 2017). Крім того, адекватна психологічна допомога і підтримка медичних працівників можуть значно покращити психологічний стан пацієнтів і їхню здатність справлятися із захворюванням.

Висновок; Психосоматика як напрям дослідження взаємозв'язку психічних та фізичних процесів відіграє ключову роль у розумінні природи хронічних захворювань, зокрема цукрового діабету 1 типу. Взаємодія емоційних, психологічних і фізіологічних чинників впливає не лише на розвиток захворювання, а й на його перебіг, самоконтроль та якість життя пацієнтів.

ЦД1 супроводжується значним емоційним та психічним навантаженням, що зумовлено необхідністю постійного контролю рівня глюкози, дотримання лікувального режиму та побоюванням щодо можливих ускладнень. Емоційний стрес, тривожність і депресія є поширеними серед пацієнтів із ЦД1, оскільки хвороба створює постійне почуття обмеження та невизначеності. Такі стани погіршують адаптацію, знижують мотивацію до лікування та ускладнюють контроль над рівнем цукру в крові, сприяючи виникненню епізодів гіперглікемії або гіпоглікемії.

Психологічні моделі, зокрема теорія стресу, надають інструменти для розуміння реакції пацієнтів на захворювання та вибору ефективних стратегій подолання. Такі як вирішення проблем або пошук соціальної підтримки, сприяють покращенню самоконтролю та емоційного благополуччя. Натомість пасивні стратегії, як уникання чи заперечення, погіршують перебіг хвороби.

Допомога з боку сім'ї, друзів та медичних працівників покращує якість життя, сприяє позитивному ставленню до хвороби та знижує ризик депресії. Також психологічні інтервенції, такі як когнітивно-поведінкова терапія, символ драма та медитативні техніки, допомагають пацієнтам зменшувати стрес, формувати адаптивне ставлення до захворювання та підвищувати ефективність лікування.

Таким чином, психосоматичний підхід до ЦДІ дозволяє не лише зрозуміти глибокий вплив психологічних чинників на хворобу, але й розробляти ефективні стратегії підтримки пацієнтів. Комплексний підхід до лікування, який включає медикаментозну терапію, психологічну допомогу та соціальну підтримку, є ключем до підвищення якості життя людей із цим захворюванням.

#### **1.4 Взаємозв'язок між ставленням до хвороби та перебігом самого захворювання**

Взаємозв'язок між ставленням до хвороби та перебігом самого захворювання є одним із центральних питань у медицині, психології та психосоматичній медицині. Дослідження в цій галузі доводять, що психологічний стан та ставлення пацієнта до своєї хвороби мають значний вплив на її перебіг, прогноз та якість життя пацієнта.

Психосоматична медицина надає великого значення емоційним та психологічним аспектам у розвитку та перебігу хвороб. Як зазначає Г. Дойч (1947), емоційний стан пацієнта, його ставлення до хвороби та навколишнього середовища суттєво впливають на фізичний стан людини. Згідно з психосоматичною теорією, пригнічені емоції та конфлікти можуть стати причиною розвитку соматичних захворювань або загострення наявних хронічних станів.

Одним із ключових факторів, які впливають на перебіг захворювання, є прийняття діагнозу та адаптація до нових умов життя. У пацієнтів, які

перебувають у стадії заперечення або гніву щодо свого діагнозу, може спостерігатися уповільнення процесу одужання або ускладнення хвороби. Як зазначають Ф. Александер та Г. Данбар, пацієнти з негативним ставленням до своєї хвороби часто мають гірші клінічні показники, оскільки їхні психоемоційні стани пригнічують імунну систему та знижують здатність організму боротися із захворюванням (Alexander, F., & Dunbar, H. F. 1943).

Психологічні та соціальні чинники відіграють важливу роль у формуванні ставлення до хвороби. Дослідження показують, що рівень соціальної підтримки, наявність або відсутність депресивних станів, особистісні особливості та попередній досвід хвороб формують ставлення пацієнта до своєї хвороби.

Так, соціальна підтримка є одним із найважливіших чинників, що допомагає пацієнтам успішніше адаптуватися до хвороби. Дослідження Дж. Гросмана та С. Коена (2004) показали, що пацієнти з сильною соціальною підтримкою (від сім'ї, друзів або медичних працівників) демонструють краще фізичне та психічне здоров'я, швидше одужують і мають менше ускладнень хвороби (Grossman, J., & Cohen, S. 2004). З іншого боку, ізольовані пацієнти, які не отримують належної соціальної підтримки, частіше страждають від депресії та тривожних розладів, що погіршує їхній фізичний стан, перебіг захворювання та прогнозування хвороби.

Також важливою є особистісна структура пацієнта. Особистості з високим рівнем тривожності, схильністю до катастрофізації подій та низькою стресостійкістю схильні до негативного сприйняття хвороби, що, у свою чергу, спричиняє погіршення їхнього фізичного стану. Такі пацієнти можуть ігнорувати медичні рекомендації, що веде до погіршення прогнозу. Дослідження в цій галузі підтверджують, що психологічні інтервенції можуть змінити ставлення до хвороби і покращити результат лікування (Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984).

Хронічні захворювання, такі як цукровий діабет, гіпертонія, серцево-судинні захворювання та онкологічні патології, є особливо вразливими до

впливу психологічного стану пацієнта. Дослідження показують, що при хронічних захворюваннях ставлення до хвороби може суттєво вплинути на якість життя пацієнта, рівень контролю над симптомами та навіть на тривалість життя.

Наприклад, у пацієнтів із цукровим діабетом I та II типу, рівень контролю за рівнем цукру в крові значною мірою залежить від їхнього ставлення до діагнозу. Пацієнти, які приймають свій стан, належним чином дотримуються рекомендацій лікаря, змінюють свій спосіб життя та активно контролюють своє здоров'я, мають кращі прогнози та менше ускладнень, таких як діабетична ретинопатія або нефропатія. З іншого боку, пацієнти, які відмовляються прийняти свій стан або недооцінюють серйозність хвороби, частіше страждають від ускладнень, що знижує якість їхнього життя та скорочує тривалість життя (World Health Organization. 2014).

Різні люди застосовують різні стратегії для подолання хвороби, і ці стратегії мають значний вплив на перебіг захворювання. Згідно з дослідженнями Лазараса та Фолкмана (1984), існує два основні типи стратегій подолання стресу, що виникає у зв'язку з хворобою: стратегія подолання, орієнтована на проблему, і стратегія подолання, орієнтована на емоції.

Стратегії подолання, орієнтовані на проблему, передбачають активний пошук інформації про хворобу, прийняття рішень та виконання необхідних дій для вирішення проблем, пов'язаних із захворюванням. Це включає виконання медичних рекомендацій, зміну способу життя, пошук соціальної підтримки та самоконтроль за симптомами хвороби. Дослідження показують, що використання таких стратегій сприяє кращому фізичному стану та прогнозу пацієнта (Schwarzer, R., & Leppin, A. 1991).

Стратегії, орієнтовані на емоції, полягають у спробах знизити емоційне напруження, пов'язане з хворобою, без активного вирішення проблем, що виникають. Це може включати уникання проблеми, ігнорування симптомів або пошук розради у несприятливих стратегіях, таких як вживання алкоголю або переїдання. Така поведінка часто призводить до погіршення стану здоров'я,

оскільки вона не сприяє реальному вирішенню проблем, пов'язаних із хворобою, і навіть може збільшувати ризик ускладнень (Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. 1989).

Депресія та тривога є поширеними психологічними розладами серед пацієнтів із хронічними захворюваннями. Вони не лише впливають на емоційний стан пацієнта, але й мають фізіологічний вплив, що може погіршувати перебіг хвороби. Наприклад, дослідження показують, що депресія є предиктором гірших результатів лікування при хворобах серця. Пацієнти з депресією мають вищий ризик повторних серцевих нападів і смертності порівняно з тими, хто не страждає від депресії (Frasure-Smith, N., et al. 1993).

Тривожні розлади також часто зустрічаються серед пацієнтів із хронічними захворюваннями. Наприклад, пацієнти з діабетом часто мають підвищену тривожність, пов'язану з постійною необхідністю контролювати рівень глюкози в крові та страхом перед можливими ускладненнями хвороби. Тривога може призводити до порушень сну, підвищення артеріального тиску, що негативно впливає на загальний стан здоров'я (Anderson, R. J., et al. 2001).

Оскільки ставлення до хвороби відіграє важливу роль у її перебігу, психологічні інтервенції можуть суттєво покращити якість життя пацієнтів та їхні фізичні показники. Терапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), терапія спрямована на розвиток навичок подолання стресу, і робота з емоційною саморегуляцією можуть допомогти пацієнтам краще справлятися з емоційними реакціями на хворобу, знижувати тривожність та депресивні стани, а також поліпшувати їхню фізичну адаптацію до захворювання.

Отже, Взаємозв'язок між ставленням до хвороби та її перебігом є важливим аспектом у розумінні хронічних захворювань, таких як цукровий діабет, серцево-судинні хвороби та інші. Психологічний стан пацієнта, його емоції, рівень соціальної підтримки та обрані стратегії подолання мають вирішальний вплив на контроль над захворюванням, його прогноз і якість життя.

Дослідження підтверджують, що емоційний стан пацієнта, особливо депресія та тривога, може як посилювати симптоми хвороби, так і ускладнювати її лікування. Пацієнти з депресією часто ігнорують медичні рекомендації, що може сприяти прогресуванню захворювання. Тривожність, зокрема у пацієнтів із цукровим діабетом, створює додатковий стрес, який погіршує контроль над рівнем глюкози в крові та сприяє розвитку ускладнень.

Ставлення до хвороби визначає, наскільки активно пацієнт дотримується рекомендацій лікаря та бере участь у процесі лікування. Прийняття свого діагнозу, активне використання стратегій подолання проблем, таких як пошук інформації та виконання медичних приписів, позитивно впливає на прогноз захворювання. З іншого боку, пацієнти, які використовують стратегії уникання або заперечення, частіше стикаються з погіршенням фізичного стану та збільшенням ускладнень.

Соціальна підтримка є важливим чинником, що сприяє адаптації пацієнта до хвороби. Пацієнти, які отримують емоційну та практичну допомогу від сім'ї, друзів або медичних працівників, демонструють кращі клінічні результати та менш схильні до депресії або ізоляції. Водночас відсутність підтримки може погіршувати емоційний стан і ускладнювати процес лікування.

Психологічні інтервенції, такі як когнітивно-поведінкова терапія та програми з розвитку навичок подолання стресу, довели свою ефективність у поліпшенні емоційного та фізичного стану пацієнтів. Ці методи сприяють зниженню рівня тривожності, депресії та емоційного напруження, що, у свою чергу, позитивно впливає на перебіг захворювання та якість життя.

Таким чином, ставлення до хвороби, соціальні та психологічні чинники є невід'ємною частиною успішного управління хронічними захворюваннями. Комплексний підхід, який включає медичне лікування, психологічну підтримку та соціальну адаптацію, дозволяє значно покращити прогноз та забезпечити пацієнтам більш високу якість життя.



## **РОЗДІЛ 2**

### **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ОСІБ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ**

#### **2.1 Характеристика вибірки та методи застосовані для емпіричного дослідження**

У процесі проведення дослідження були враховані всі етичні та правові аспекти, зокрема забезпечено безпеку пацієнтів, дотримано їхні права, людську гідність та морально-етичні норми, відповідно до стандартів GSP (1996 р.). Усі учасники дослідження отримали детальну інформацію про його мету і дали свою згоду на участь шляхом заповнення анонімних анкет. Конфіденційність особистих даних та інформації про стан здоров'я була повністю збережена.

До дослідження були включені пацієнти з діагнозом цукрової діабет І типу, які надали згоду на участь та відповідали віковому критерію від 16 до 40 років. Виключення становили особи з психічними або онкологічними захворюваннями, ті, хто не могли співпрацювати належним чином, а також пацієнти, які на будь-якому етапі відмовилися від участі.

Психодіагностичне обстеження пацієнтів вимагало дотримання низки обов'язкових вимог. Це включало стандартизацію процедури, забезпечення надійності та валідності методик, а також конфіденційність та відповідність етичним нормам психологічних досліджень. Важливим етапом було встановлення психологічного контакту з пацієнтом та забезпечення його емоційної готовності до виконання завдань. Інструкції до методик повинні були бути максимально простими, зрозумілими і короткими, оскільки невдале пояснення могло вплинути на точність результатів тестування. Тестування

розпочиналося лише після того, як переконувалися, що учасник повністю розуміє інструкції, і водночас повідомлялася мета кожної з методик.

Основними критеріями вибору психодіагностичних інструментів для цього дослідження були практичність, інформативність, висока точність та прогностичність результатів, а також можливість автоматизованої обробки даних, що відповідає загальноприйнятим стандартам психодіагностики. Під час вибору методик особлива увага приділялася надійності та валідності інструментарію, можливості отримання як кількісної, так і якісної оцінки результатів, швидкості їх обробки, а також можливості інтегральної оцінки кількох властивостей, що досліджувалися.

Анкетування та опитування проводилося серед людей з цукровим діабетом I типу. В емпіричній частині взяло участь 45 досліджуваних віком від 16 до 40 років. Для дослідження було обрано наступні методи: «Опитувальник Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби, Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.), Діагностика типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ), Шкала якості життя SF-36».

Вивчення психосоціальних аспектів захворювань та якості життя пацієнтів є важливою складовою сучасної медицини й психології. Для оцінки цих параметрів використовуються різноманітні методики, зокрема опитувальник Сердюка, шкала оцінки рівня якості життя Чабана О.С., діагностика типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ), а також шкала якості життя SF-36. У цьому розділі розглянемо їх основні характеристики, методологічні підходи та значення у клінічній практиці й дослідженнях.

1. Опитувальник Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби

Опитувальник Сердюка спрямований на вивчення рівня сприйняття пацієнтом соціальної значущості власного захворювання. Він оцінює, наскільки хвороба впливає на різні аспекти життя пацієнта, зокрема на його соціальні зв'язки, професійну діяльність, емоційний стан та самооцінку.

Методологія:

Опитувальник містить структуровані питання, які охоплюють основні сфери життя пацієнта.

Результати оцінюються за бальною шкалою, що дозволяє кількісно визначити рівень соціальної значущості хвороби.

Практичне значення:

Ця методика широко використовується для виявлення потреб у психологічній або соціальній підтримці пацієнтів із хронічними або соціально значущими захворюваннями (наприклад, ВІЛ, онкологічні хвороби). Її результати допомагають адаптувати психотерапевтичну роботу до індивідуальних потреб пацієнта.

## 2. Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.)

Шкала Чабана розроблена для оцінки суб'єктивного сприйняття пацієнтами якості їхнього життя. Методика враховує як фізичні, так і психологічні аспекти здоров'я, що робить її універсальною у клінічній практиці.

Методологія:

Шкала містить декілька доменів, включаючи фізичне здоров'я, емоційне благополуччя, соціальну активність та задоволеність життям.

Пацієнт самостійно оцінює кожен параметр за бальною системою, що забезпечує індивідуалізований підхід до аналізу даних.

Особливості використання:

Шкала Чабана дозволяє не лише визначити рівень якості життя, але й виявити динаміку змін під впливом лікування. Методика є цінною у роботі з пацієнтами, які мають хронічні захворювання або психосоматичні розлади.

## 3. Діагностика типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ)

Методика ТОБОЛ (тест-опитувальник для визначення типів ставлення до хвороби) розроблена для діагностики психологічного сприйняття пацієнтом свого захворювання. Вона базується на концепції типів реагування, які пацієнт може демонструвати щодо свого стану.

Типи ставлення до хвороби:

Гармонійний тип — адекватне сприйняття хвороби, активна участь у лікуванні.

Тривожний тип — надмірне переживання щодо здоров'я.

Апатичний тип — пасивність, небажання брати участь у процесі лікування.

Інші типи: сенситивний, еуфоричний, невротичний тощо.

Методологія:

Опитувальник містить серію питань, відповіді на які дозволяють ідентифікувати тип ставлення до хвороби.

Результати допомагають визначити психологічні бар'єри в лікуванні та потребу в корекції ставлення.

Практичне значення:

ТОБОЛ є важливим інструментом для психологів і лікарів, які працюють із пацієнтами із хронічними захворюваннями. Він дозволяє адаптувати лікувальний процес до особливостей пацієнта.

#### 4. Шкала якості життя SF-36

Шкала SF-36 (“Short Form Health Survey”) — це міжнародно визнана методика для оцінки якості життя, яка використовується у різних галузях медицини та психології. Вона дозволяє оцінити вплив захворювань на фізичне та психічне здоров'я пацієнта.

Структура SF-36:

Шкала складається з 36 пунктів, що охоплюють 8 основних доменів:

- Фізичне функціонування.
- Рольове функціонування, обмежене фізичним станом.
- Рольове функціонування, обмежене емоційним станом.
- Інтенсивність болю.
- Загальний стан здоров'я.
- Життєва активність.
- Соціальне функціонування.
- Психічне здоров'я.

Методологія:

Пацієнт самостійно заповнює анкету, оцінюючи кожен пункт за визначеною шкалою.

Результати можуть бути представлені у вигляді числових значень або профілю, що ілюструє сильні та слабкі аспекти якості життя.

Практичне значення:

SF-36 є універсальним інструментом, що дозволяє порівнювати результати між різними групами пацієнтів, оцінювати ефективність лікування та визначати ключові проблеми, які потребують втручання. Широке застосування методики у клінічних дослідженнях робить її стандартом для оцінки якості життя.

Отже, у дослідженні психосоціальних аспектів захворювань, таких як цукровий діабет I типу, значну увагу приділено етичним стандартам, методологічній надійності та практичності використаних інструментів. Особливе місце займають методики, спрямовані на оцінку якості життя, соціальної значущості захворювання та типів ставлення до хвороби.

Забезпечення етичних стандартів у дослідженні гарантувало збереження конфіденційності особистих даних, дотримання прав пацієнтів та врахування їхніх індивідуальних потреб. Використання стандартизованих підходів сприяло підвищенню надійності отриманих результатів, а інформованість учасників дозволила забезпечити їхню емоційну готовність до тестування.

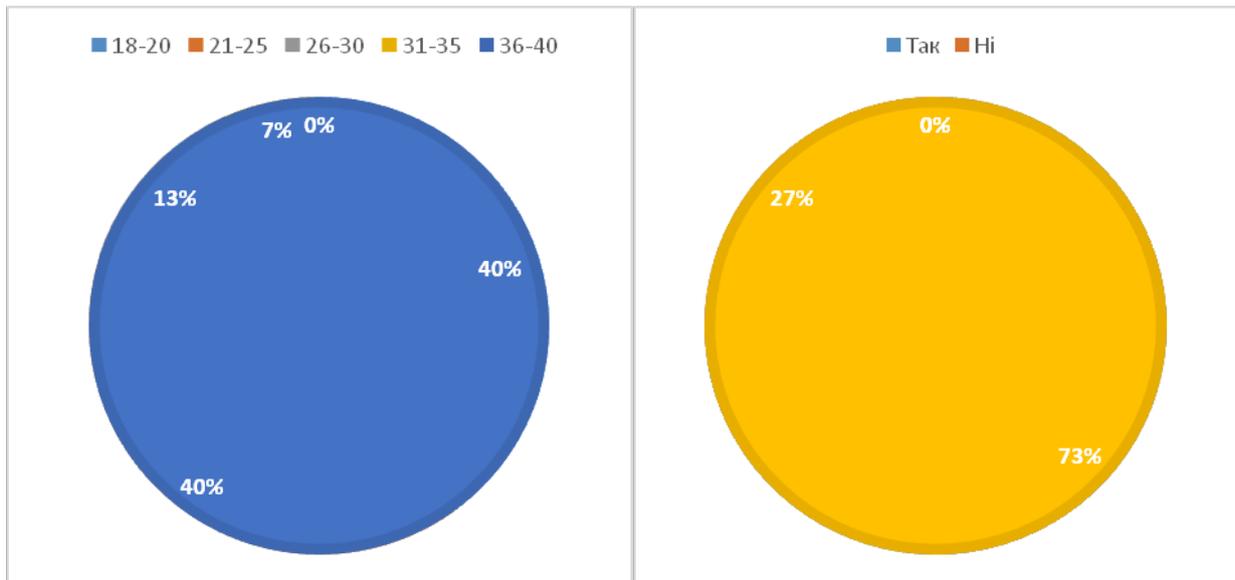
Методики, використані у дослідженні, продемонстрували високу інформативність та універсальність. Опитувальник Сердюка дозволяє оцінити рівень соціальної значущості хвороби та виявити вплив захворювання на соціальні зв'язки та самооцінку пацієнтів. Шкала Чабана забезпечує суб'єктивну оцінку якості життя, враховуючи фізичний стан, емоційне благополуччя та соціальну активність. Методика ТОБОЛ надає можливість ідентифікувати типи психологічного ставлення до хвороби, що є важливим для розуміння бар'єрів у лікуванні та адаптації. Нарешті, шкала SF-36, як

міжнародний стандарт оцінки якості життя, дозволяє отримати комплексну оцінку фізичного та психічного здоров'я пацієнтів.

Кожна з цих методик забезпечує важливу інформацію, необхідну для глибшого розуміння впливу захворювання на пацієнтів. Їхнє поєднання дозволяє отримати інтегральну картину стану здоров'я, соціальної адаптації та емоційного благополуччя, що є особливо важливим для пацієнтів із хронічними захворюваннями.

## **2.2 Кількісний та якісний аналіз**

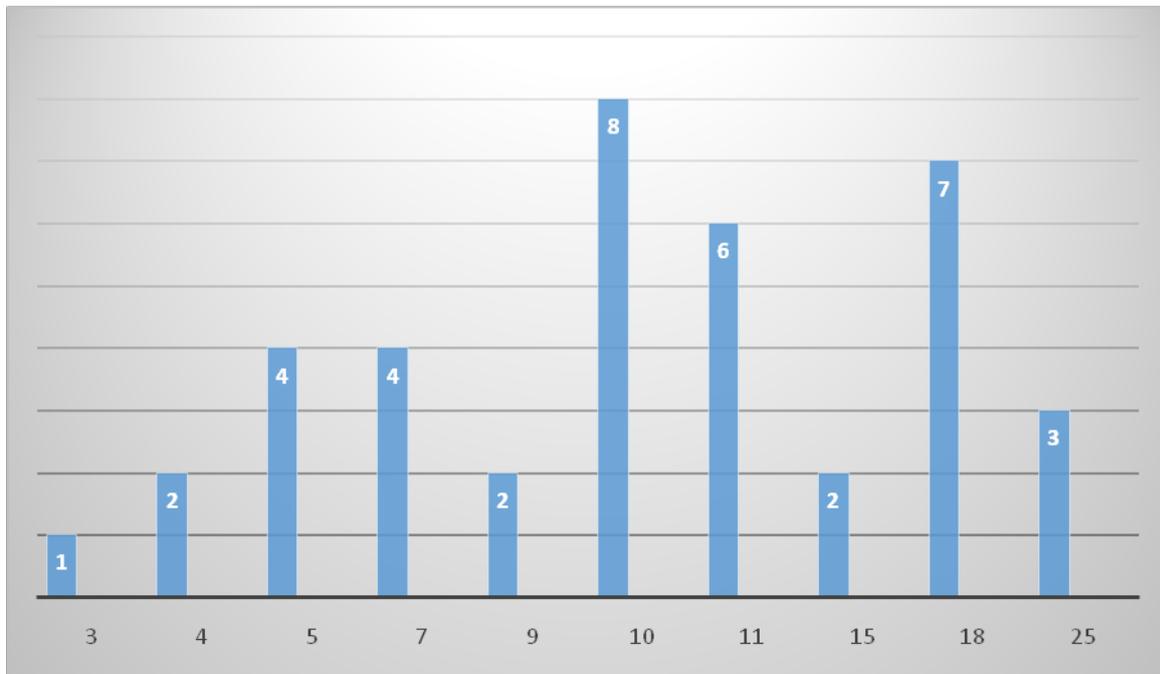
У дослідженні взяло участь 45 осіб. Вікова категорія респондентів варіювалася від 18 до 40 років. Де 40% (18 осіб) це особи віком від 18 до 20 років, 21-25 років – 18 респондентів, що сягає 40%, 26-30 років – 6 осіб (13%) та 31-35 років 3 особи (7%). (див. рис 2.1) Оскільки, якщо проводиться дослідження серед дітей, потрібен дозвіл батьків, у рамках онлайн дослідження це було б складно. До 40, тому що ЦД I типу зазвичай розвивається у дітей, підлітків та молодих людей, хоча він може виникати у будь-якому віці. Він становить близько 5-10% від усіх випадків діабету і є аутоімунним захворюванням, при якому імунна система атакує та руйнує клітини підшлункової залози, що виробляють інсулін. У дітей та підлітків: Хвороба найчастіше діагностується у дітей від 4 до 14 років, хоча й може виникнути і в пізнішому віці. У молодих людей діабет цього типу часто проявляється у молодих людей віком від 15 до 30 років. Таким чином була сформована саме така вибірка.



*Рис. 2.1 Вік обстежуваних*

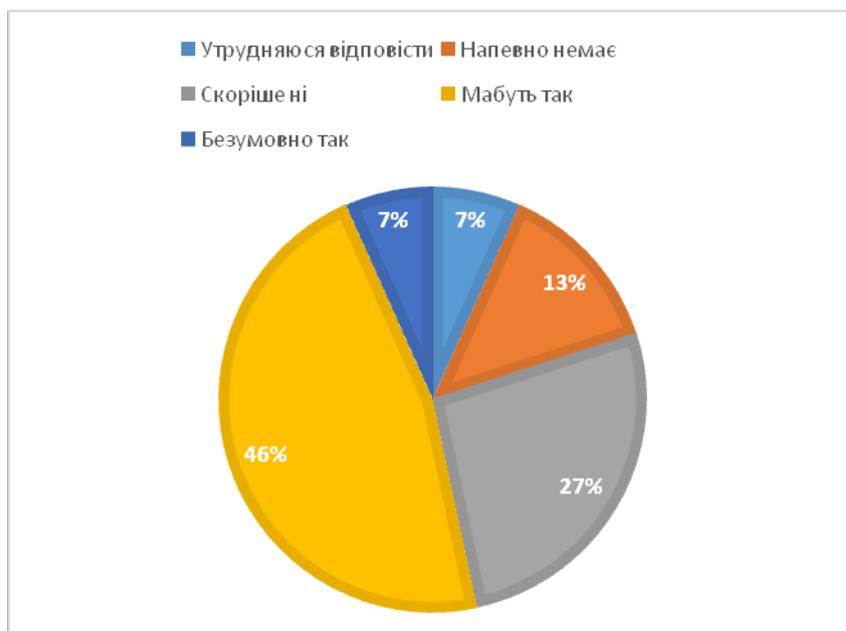
*Рис. 2.2 Наявність чи відсутність ускладнень*

Важливим критерієм для дослідження ставлення до хвороби було, наявність або ж відсутність ускладнень, серед 45 осіб (див. рис. 2.2), 33 відзначають присутність ускладнень, що складає 73%, а ось у 12 респондентів ускладнення відсутні (27%). Згідно з науковими дослідженнями, перші ускладнення при цукровому діабеті можуть з'явитися вже після п'яти років від початку захворювання. Проте слід зазначити, що це не є обов'язковим і залежить від таких факторів, як спосіб життя пацієнта, його емоційний стан, ставлення до хвороби, середовище, в якому він перебуває, рівень насиченості його життя та інші обставини. Динаміка розподілу пацієнтів із цукровим діабетом I типу залежно від тривалості захворювання показана на рис. 2.3.



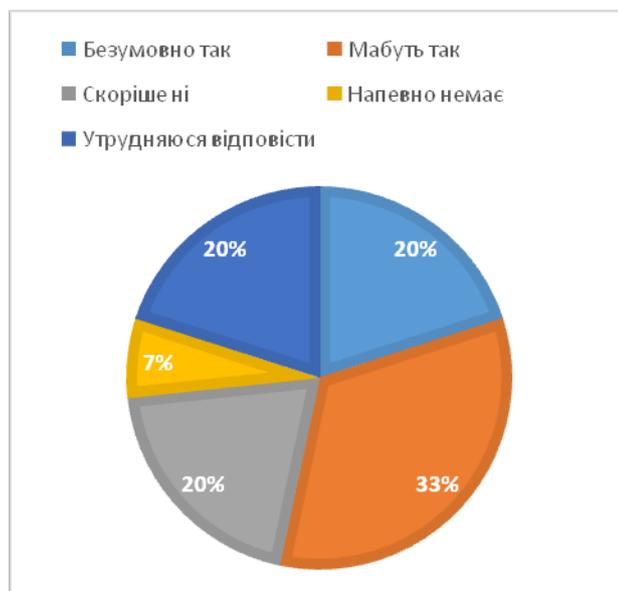
*Рис.2.3 Тривалість захворювання.*

За опитувальником «Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби», отримано наступні результати: 24 респонденти на запитання: «Через хворобу я не можу працювати з колишньою працездатністю, став (ла) слабким (кою), немичним (ою), сам (а) собі неприємний (а)», обирали позитивну відповідь («Мабуть так», «Безумовно так»), що свідчить про значний вплив хвороби на їхню самооцінку та працездатність. Менша частина 18 опитуваних схиляються до негативної відповіді («Напевно немає» і «Скоріше ні»), що може вказувати на кращу адаптацію до хвороби або менший вплив на їхнє життя. Три особи утрудняються з відповіддю, що може свідчити про невизначеність у оцінці впливу хвороби. Більшість опитаних відчувають негативний вплив хвороби на їхню працездатність та самооцінку. Є значна група людей, які не відчувають суттєвого впливу хвороби на ці аспекти життя. Данні результати підтверджують першу гіпотезу про те, що негативне ставлення до хвороби впливає на якість життя та фізичний стан пацієнтів. (див.рис.2.4)



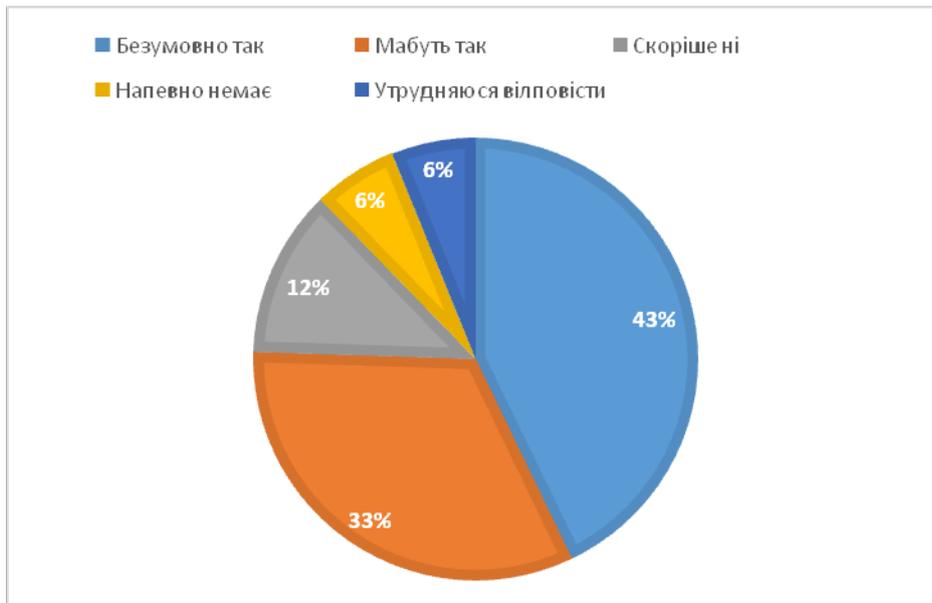
*Рис. 2.4 Через хворобу я не можу працювати з колишньою працездатністю, став (ла) слабким (кою), немічним (ою), сам (а) собі неприємний (а)*

На основі наступного питання: «Хвороба ускладнює взаємини в моїй родині, відчуваю, що набрид (ла) рідним зі своєю хворобою», можна зробити наступний аналіз: 24 респонденти схиляються до позитивної відповіді («Безумовно так» і «Мабуть так»), що свідчить про значний вплив хвороби на сімейні стосунки. До відповіді: («Скоріше ні» і «Напевно немає»), схиляються 12 опитуваних, це свідчить на менший вплив хвороби на сімейні взаємини. Дев'ять осіб утрудняються з відповіддю, що може свідчити про невизначеність у оцінці впливу хвороби на сімейні стосунки. Ці результати підтверджують, що цукровий діабет може суттєво впливати на сімейні взаємини, що може стати причиною конфліктів, недорозумінь. (див. рис. 2.5)



*Рис 2.5 Хвороба ускладнює взаємини в моїй родині, відчуваю, що набрид (ла) рідним зі своєю хворобою*

На основі наданих відповідей на питання «Через хворобу приходиться себе багато в чому обмежувати, боюся вживати спиртне, обмежую себе в їжі, уникаю ходити в гості, відмовляю собі в розвагах», можна провести наступний аналіз: Переважна більшість респондентів: 33 схиляються до позитивної відповіді («Безумовно так» і «Мабуть так»), що свідчить про значні обмеження в повсякденному житті через хворобу. Лише невелика частина 9 досліджуваних дають негативну відповідь ("Скоріше ні" і "Напевно немає"), вказуючи на менший вплив хвороби на їхній спосіб життя. Троє осіб утрудняються з відповіддю, що може свідчити про невизначеність у оцінці впливу хвороби на повсякденне життя. (Див. рис. 2.6). Результати підтверджують першу гіпотезу про те, що хвороба значно впливає на якість життя пацієнтів з цукровим діабетом I типу. Більшість пацієнтів відчувають необхідність суттєво обмежувати себе в різних аспектах життя через хворобу, що може негативно впливати на їхній психологічний стан та соціальну активність. Ці обмеження можуть бути як об'єктивними (необхідність дотримання дієти, контролю рівня цукру), так і суб'єктивними (страх вживання алкоголю, уникнення соціальних контактів).



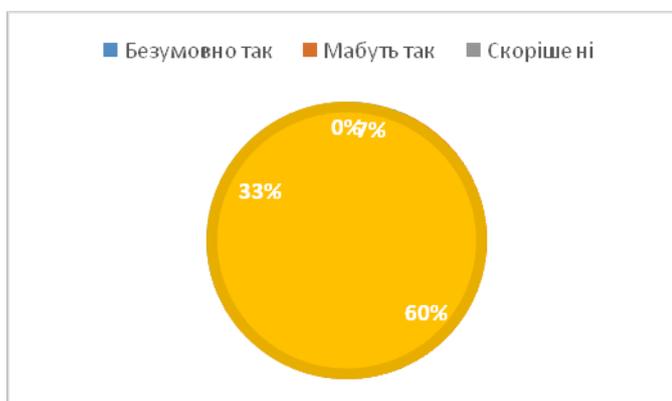
*Рис. 2.6 Через хворобу приходиться себе багато в чому обмежувати, боюся вживати спиртне, обмежую себе в їжі, уникаю ходити в гості, відмовляю собі в розвагах.*

На основі наданих відповідей на питання «Через хворобу погіршилися відносини на роботі, відчуваю, що співробітники стали гірше відноситися до мене, не співчують, і навіть чіпляються», можна побачити наступне: Найбільша кількість респондентів 15 відповіли «Мабуть так», що свідчить про відчуття погіршення відносин на роботі через хворобу. Така ж кількість 15, утруднилися з відповіддю, що може вказувати на невизначеність у оцінці впливу хвороби на робочі відносини. Менша частина респондентів: 15 дали негативну відповідь («Скоріше ні» і «Напевно немає»), вказуючи на відсутність погіршення відносин на роботі через хворобу. Результати показують неоднозначність впливу хвороби на робочі відносини. Значна частина респондентів відчуває погіршення, але також є ті, хто не помічає негативних змін. Велика кількість невизначених відповідей може свідчити про складність оцінки впливу хвороби на робочі відносини або про відсутність явних змін. Ці дані частково підтверджують першу гіпотезу про вплив ставлення до хвороби на якість життя, але також вказують на те, що цей вплив може бути не таким однозначним у робочому середовищі. (Див.рис. 2.7)



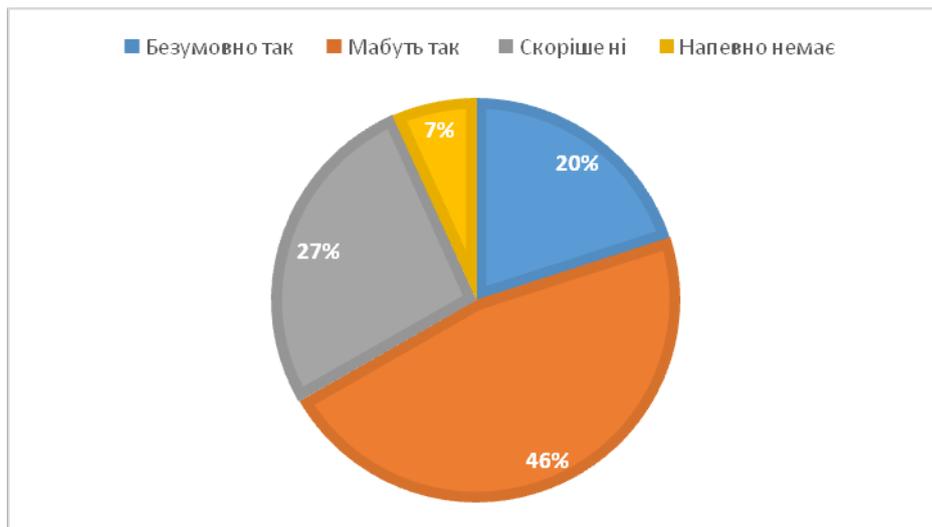
*Рис. 2.7 Через хворобу погіршилися відносини на роботі, відчуваю, що співробітники стали гірше відноситися до мене, не співчують, і навіть чіпляються*

30 респондентів, схиляються до позитивної відповіді на питання: «Вважаю, що у мене менше вільного часу, ніж у здорових людей, через хворобу багато часу іде на лікування, лікарні», що свідчить про відчуття нестачі вільного часу через хворобу. (Див. рис. 2.8) Третина респондентів: 15 відповіли «Скоріше ні», вказуючи на те, що вони не відчують значного впливу хвороби на кількість вільного часу. З отриманих результатів можна зазначити, що більшість пацієнтів з цукровим діабетом I типу відчують обмеження у вільному часі через необхідність лікування та відвідування лікарень. Це узгоджується з інформацією про те, що контроль діабету вимагає регулярного моніторингу рівня глюкози, прийому ліків та відвідування лікарів. Однак, значна частина респондентів не відчуває суттєвого впливу хвороби на кількість вільного часу, що може свідчити про успішну адаптацію до життя з діабетом.



*Рис. 2.8 Вважаю, що у мене менше вільного часу, ніж у здорових людей, через хворобу багато часу іде на лікування, лікарні*

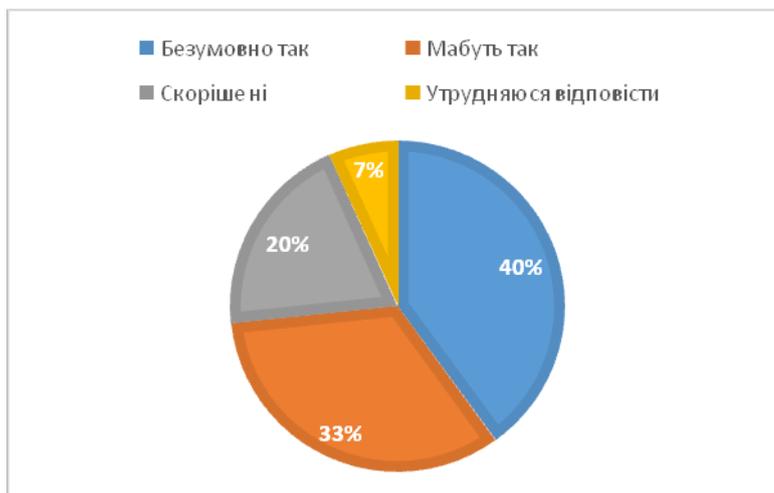
Більшість респондентів: 30 схилиються до позитивної відповіді на питання: «Через хворобу не можу працювати там де хочу. Моя хвороба заважає мені зайняти краще положення в суспільстві, зробити кар'єру», ("Безумовно так" і "Мабуть так"), що свідчить про відчуття обмежень у кар'єрних можливостях через хворобу. Третина опитуваних: 15 дали негативну відповідь, вказуючи на те, що вони не відчують значного впливу хвороби на їхні кар'єрні можливості. (Ди.рис. 2.9) Результати підтверджують, що більшість пацієнтів з цукровим діабетом I типу відчують обмеження у виборі роботи та кар'єрному зростанні через свою хворобу. Однак, значна частина респондентів не відчуває суттєвого впливу хвороби на їхні кар'єрні можливості, що може свідчити про успішну адаптацію до життя з діабетом або про наявність підтримуючого робочого середовища.



*Рис. 2.9 Через хворобу не можу працювати там де хочу. Моя хвороба заважає мені зайняти краще положення в суспільстві, зробити кар'єру*

За отриманими даними, можна відзначити, що більшість респондентів (33 особи) вважають, що хвороба робить їх нещасливими та, змушує почувати себе не таким (ою), як усі. Що свідчить про значний негативний вплив хвороби на емоційний стан та самосприйняття пацієнтів з цукровим діабетом. Це підтверджує наявність "емоційного навантаження" як однієї з субшкал дистресу при діабеті, що включає відчуття перевантаженості, занепокоєння та

страху, пов'язані з діабетом. Важливо зазначити, що такий високий рівень негативного впливу хвороби на емоційний стан пацієнтів може призвести до погіршення контролю над захворюванням та якості життя. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до лікування цукрового діабету, включаючи психологічну підтримку та оцінку психоемоційного стану пацієнтів. (Див. рис. 2.10)



*Рис. 2.10 Моя хвороба робить мене нещасливим (ою) та, змушує почувати себе не таким (ою),*

Опитувальник Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби, включає в себе питання яке стосується соціальної ізоляції, з отриманих результатів можна зробити наступні висновки: більшість осіб 30, зазначають, що хвороба заважає у спілкуванні з оточуючими та присутні почуття віддаленості від людей. Це свідчить про значний вплив хвороби на соціальні взаємодії та відчуття ізоляції серед пацієнтів з цукровим діабетом. ЦД може впливати на психологічний стан пацієнтів. Зокрема, хвороба може призводити до відчуття тривожності та страху, що може негативно впливати на соціальні взаємодії.

Також, опитувальник включає в себе фінансову складову, де більшість опитуваних зазначають, що хвороба наносить їм значний матеріальний збиток, змушує витратити гроші на лікування, не дає можливості більше заробляти. Це свідчить про значний матеріальний вплив хвороби на пацієнтів з цукровим діабетом. Ажде пацієнти змушені робити додаткові витрати на купівлю ліків,

необхідність додаткового посиленого харчування, проходження курсу лікування.

Отже, більшість пацієнтів з цукровим діабетом I типу відчують значний вплив хвороби на різні аспекти їхнього життя, включаючи працездатність, соціальні відносини, емоційний стан та фінансове становище. Це підтверджує першу гіпотезу про те, що негативне ставлення до хвороби впливає на зниження якості життя.

Незважаючи на тривалий стаж захворювання, багато пацієнтів все ще відчують труднощі в адаптації до життя з діабетом. Це може свідчити про те, що процес адаптації є тривалим і складним, і навіть після багатьох років життя з хворобою пацієнти можуть стикатися з психологічними та соціальними проблемами.

Результати показують, що досвід життя з діабетом може суттєво відрізнитися від пацієнта до пацієнта. Деякі респонденти демонструють кращу адаптацію та менший вплив хвороби на їхнє життя, тоді як інші відчують значні труднощі.

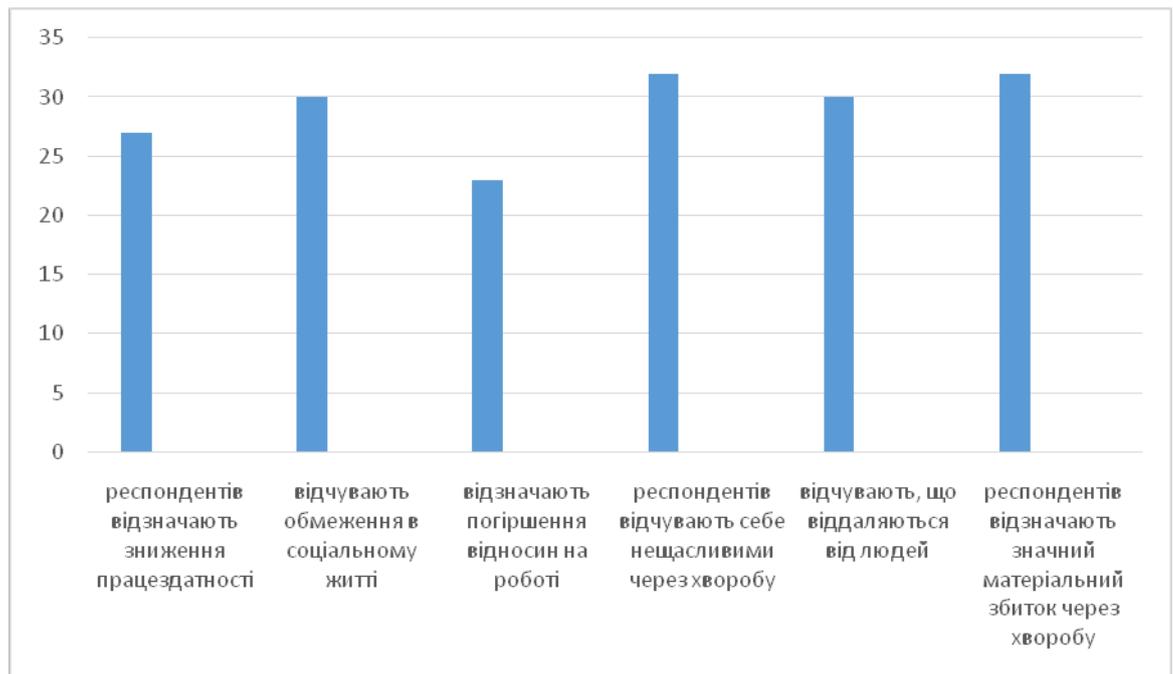
Значна частина респондентів відзначає негативний вплив хвороби на їхні соціальні взаємодії та відносини з оточуючими. Це підкреслює важливість соціальної підтримки та розуміння з боку суспільства.

Більшість респондентів відзначають значний матеріальний вплив хвороби, що вказує на необхідність розробки програм фінансової підтримки та покращення системи медичного страхування для пацієнтів з діабетом.

Результати свідчать про значний психологічний вплив хвороби на пацієнтів, включаючи зниження самооцінки, відчуття ізоляції та нещастя. За проведеним опитуванням можна зазначити наступне (див. рис.2.11):

- 60% респондентів відзначають зниження працездатності;
- 66.7% відчують обмеження в соціальному житті;
- 53.3% відзначають погіршення відносин на роботі;
- 73.3% респондентів відчують себе нещасливими через хворобу;
- 66.7% відчують, що віддаляються від людей;

- 73.3% респондентів відзначають значний матеріальний збиток через хворобу.



*Рис. 2.11 Вплив хвороби на пацієнтів*

Ці результати підтверджують, що цукровий діабет має комплексний вплив на життя пацієнтів, включаючи фізичне здоров'я, соціальні відносини, емоційний стан та фінансове становище. Це узгоджується з інформацією про те, що діабет може призводити до серйозних ускладнень та впливати на якість життя пацієнтів.

На основі отриманих результатів: «Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.)», можна побачити наступне:

Результати підтверджують першу гіпотезу про те, що негативне ставлення до хвороби впливає на зниження якості життя. Це видно з того, що значна частка респондентів (40%) більш незадоволена загальним рівнем життя, ніж задоволена. Крім того, низькі показники задоволеності фізичним станом (33.4% незадоволених) та настроєм (33.4% незадоволених) вказують на негативний вплив хвороби на якість життя пацієнтів.

Хоча ці дані безпосередньо не відображають зміну типу реагування з прогресуванням захворювання, вони показують, що більшість респондентів адаптувалися до життя з діабетом. Це видно з високого відсотка "посередніх"

оцінок у багатьох категоріях, що може свідчити про певну форму прийняття хвороби та адаптації до неї.

Третя гіпотеза про вплив ускладнень на ставлення до хвороби також знаходить підтвердження в цих даних. Низький рівень задоволеності фізичним станом та повсякденною активністю (33.3% незадоволених) може бути пов'язаний з наявністю ускладнень діабету.

Результати показують, що діабет впливає на соціальне життя пацієнтів. 26.7% респондентів незадоволені своєю соціальною активністю, що може бути пов'язано з обмеженнями, які накладає хвороба.

Найбільше незадоволення викликає фінансове благополуччя (46.7% незадоволених), що підкреслює значний економічний тягар діабету на пацієнтів.

26.7% респондентів незадоволені своєю роботою або навчанням, що може вказувати на обмеження, які діабет накладає на професійну реалізацію.

33.4% респондентів незадоволені своїм настроєм, що підкреслює важливість психологічної підтримки для пацієнтів з діабетом.

Результати тесту підтверджують комплексний вплив цукрового діабету на різні аспекти життя пацієнтів, включаючи фізичне здоров'я, емоційний стан, соціальні відносини та фінансове благополуччя. Це підкреслює необхідність багатостороннього підходу до лікування та підтримки пацієнтів з діабетом, який би враховував не лише медичні, але й психологічні та соціально-економічні аспекти життя з хронічним захворюванням.

За допомогою опитувальника ТОБОЛ було досліджено типи особистісного реагування та ставлення до захворювання у 45 пацієнтів з цукровим діабетом I типу. Результати розподілу пацієнтів за типами реагування на захворювання представлені в таблиці (див. табл. 2.12)

Аналіз типів реагування на захворювання у досліджуваних пацієнтів показав наступне:

- Монотип було діагностовано у 16 пацієнтів (35.6%)
- Поєднаний тип виявлено у 15 пацієнтів (33.3%)

- Змішаний тип спостерігався у 14 пацієнтів (31.1%)

Важливо відзначити, що з прогресуванням захворювання спостерігається тенденція до зміни типу реагування. Частка пацієнтів зі змішаним типом реагування зростає зі збільшенням тривалості захворювання.

Табл. 2.1

**Розподіл типів реагування на захворювання у пацієнтів з ЦД I типу**

<b>ТИП РЕАГУВАННЯ</b>	<b>КІЛЬКІСТЬ ПАЦІЄНТІВ</b>	<b>ВІДСОТОК</b>
<b>МОНОТИП</b>	16	35.6%
<b>ПОЄДНАНИЙ</b>	15	33.3%
<b>ЗМІШАНИЙ</b>	14	31.1%

Для оцінки якості життя пацієнтів було використано опитувальник SF-36.

Ці результати підкреслюють важливість індивідуального підходу до пацієнтів з цукровим діабетом I типу, враховуючи їх тип реагування на захворювання та тривалість хвороби. На основі проведеного дослідження виявлено, що з прогресуванням цукрового діабету I типу достовірно погіршується більшість показників якості життя пацієнтів.

У пацієнтів з тривалішим перебігом захворювання, порівняно з хворими з меншим стажем діабету, спостерігається зменшення показника фізичного функціонування, що пов'язано зі збільшенням інтенсивності больових відчуттів. Щодо показників психічного здоров'я, у хворих з більшою тривалістю захворювання знижується емоційне функціонування та погіршується психологічне здоров'я.

Встановлено наявність достовірного прямого кореляційного зв'язку між тривалістю захворювання та фізичним функціонуванням, рольовим фізичним функціонуванням, емоційним функціонуванням та психологічним здоров'ям.

Виявлено обернений кореляційний зв'язок між рівнем глікемії та соціальним функціонуванням, фізичним та рольовим фізичним функціонуванням. Також існує достовірний зворотній кореляційний зв'язок між наявністю ускладнень діабету та фізичним і соціальним функціонуванням.

Ці результати підкреслюють важливість раннього виявлення та лікування цукрового діабету I типу для збереження якості життя пацієнтів.

Отже, дослідження типів реагування на захворювання у пацієнтів з цукровим діабетом I типу за допомогою опитувальника ТОБОЛ виявило різноманітність психологічних реакцій на хворобу.

Виявлено тенденцію до зміни типу реагування з прогресуванням захворювання. Частка пацієнтів зі змішаним типом реагування зростає зі збільшенням тривалості захворювання, що може вказувати на ускладнення психологічної адаптації до хвороби з часом.

Аналіз якості життя пацієнтів за допомогою опитувальника SF-36 показав, що з прогресуванням захворювання достовірно погіршуються більшість показників якості життя.

Встановлено наявність кореляційних зв'язків між тривалістю захворювання та показниками якості життя:

Прямий зв'язок з фізичним функціонуванням

Прямий зв'язок з рольовим фізичним функціонуванням

Прямий зв'язок з емоційним функціонуванням

Прямий зв'язок з психологічним здоров'ям

Наявність ускладнень діабету негативно корелює з фізичним і соціальним функціонуванням, що вказує на необхідність профілактики та своєчасного лікування ускладнень для збереження якості життя пацієнтів.

Ці результати підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування цукрового діабету I типу, який включає не лише медичне лікування, але й психологічну підтримку, спрямовану на покращення адаптації пацієнтів до захворювання та підвищення їх якості життя. Особливу увагу слід приділяти пацієнтам з тривалим перебігом захворювання та наявністю ускладнень, оскільки вони мають найбільший ризик зниження якості життя та потребують додаткової підтримки.

Цукровий діабет I типу має комплексний і тривалий вплив на життя пацієнтів, який зберігається навіть після багатьох років життя з хворобою.

## РОЗДІЛ 3

### КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ДЛЯ ОСІБ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

#### **3.1. Теоретичні відомості про методи, які використані для корекційної програми: символ-драма, МАК карти, драмо-терапія.**

Символ-драма є потужним інструментом у психологічній терапії, спрямованим на глибоке саморозуміння і розвиток емоційної саморегуляції. Цей метод зосереджений на використанні символів як засобу дослідження внутрішнього світу людини. У процесі символ-драми учасники працюють з різноманітними предметами (картками, фігурками, малюнками), що викликають у них емоційні відгуки та створюють нові смислові асоціації.

Метод особливо корисний для осіб з хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет 1-го типу, де психологічний стан впливає на фізичне здоров'я та загальне самопочуття. Використання символів може допомогти в зниженні стресу, покращенні емоційного стану та підтримці мотивації до дотримання режиму лікування. Символи, що створюються під час терапії, також допомагають пацієнтам усвідомити та зрозуміти свої страхи, тривоги та відчуття, що, в свою чергу, веде до більш позитивного ставлення до власного здоров'я.

МАК карти є цінним інструментом психотерапії, який дозволяє пацієнтам виявляти свої переживання через вибір та інтерпретацію зображень. Ці карти, що мають метафоричний характер, забезпечують доступ до підсвідомих процесів і спрощують вираження складних емоцій і думок. Вони дозволяють уникати прямого обговорення болючих тем, що може бути особливо важливо у роботі з дітьми та підлітками, які мають цукровий діабет 1-го типу.

Використання МАК карт у корекційній програмі сприяє розвитку самосвідомості, стимулює творчість і підтримує процеси рефлексії. У терапевтичному сеансі пацієнт обирає карти, які відображають його емоційний стан, а потім разом із терапевтом аналізує вибір і створює нові уявлення про проблеми, з якими стикається. Це допомагає пацієнтам знайти внутрішні ресурси для подолання стресових ситуацій, що виникають через хронічну хворобу.

Драмо-терапія – це терапевтичний метод, який поєднує елементи театру, імпровізації та ролей для розвитку емоційної виразності та соціальних навичок. Під час сесій драмо-терапії учасники беруть участь у рольових іграх, відтворюють ситуації, що викликають у них емоції, і взаємодіють з іншими учасниками. Цей підхід дозволяє відчувати ситуацію з нової перспективи, допомагає підвищити емпатію та знизити рівень тривоги.

Особливість драмо-терапії полягає в тому, що вона дає можливість пацієнтам пережити емоції та ситуації, які можуть бути важкими для усвідомлення та проговорення у звичайному житті. Це допомагає пацієнтам відчувати підтримку, висловити свої почуття у безпечному середовищі та виробити ефективні стратегії подолання стресових ситуацій.

**Висновок:** Застосування методів символ-драми, МАК карт і драмо-терапії в корекційних програмах для осіб з цукровим діабетом 1-го типу сприяє підвищенню емоційної стійкості, розвитку самосвідомості та зміцненню мотивації. Ці методи забезпечують індивідуальний підхід і адаптовані стратегії для підтримки психологічного здоров'я, що є надзвичайно важливим для пацієнтів з хронічними захворюваннями.

### **3.2. Корекційна програма для осіб з ЦД I типу, використовуючи методи символ-драми, МАК карт та драмо-терапії**

Мета програми

Метою корекційної програми є підтримка психологічного здоров'я осіб з цукровим діабетом 1-го типу, розвиток емоційної саморегуляції, підвищення

самосвідомості та зниження рівня стресу за допомогою використання методів символ-драми, МАК карт і драмо-терапії. Програма спрямована на поліпшення емоційного стану, стимуляцію внутрішніх ресурсів пацієнта та підтримку процесів адаптації до хронічного захворювання.

#### Структура програми

Програма складається з використання трьох різних методів терапії: символ-драми, МАК карт та драмо-терапії. Кожна сесія триває від 60 до 90 хвилин і розрахована на індивідуальну роботу з пацієнтом.

Корекційна робота розроблена на основі емпіричного дослідження кваліфікаційної роботи (див. табл. 3.1).

Табл. 3.1

#### Корекційна робота «Знайомство»

	Тема	Мета заняття	Час	
1.	Ознайомлення	Знайомство. Ознайомлення з захворюванням і емоціями стосовно нього.	60-90 хвилин	
2.	Ставлення до свого тіла та здоров'я	Дізнатися, як людина ставиться до своєї хвороби та як це впливає на стан здоров'я	60-90 хвилин	1.
3.	Що мені дає моє захворювання	Пошук позитивних сторін захворювання.	60-90 хвилин	іта
4.	Робота з хворобою	Розуміння захворювання, самооцінка	60-90 хвилин	ння
5.	Робота з негативними емоціями	Робота з негативними емоціями, пошук ресурсу	60-90 хвилин	та
6.	Ресурс	Ресурсна терапія	60-90 хвилин	зна йом ств

о з клієнтом. Ознайомлення з правилами терапії. Представлення. Збір анамнезу. Далі починається робота. Для першого заняття пропонуються вправи більше аналітичні, щоб зрозуміти в якому стані перебуває клієнт.

2. Перша вправа на вибір клієнта, з методу символ-драми: «Гора» або «Квітка»

#### Інструкція:

Спочатку потрібно провести релаксію: Сядьте, будь ласка, зручніше.

Відчуйте опору під собою, кожен точку зіткнення з опорою.  
Відчуйте спинку крісла (стула), на яку можна спертися.  
Поставте зручніше ноги. Відчуйте ногами підлогу  
Руки розташуйте зручніше (відчуйте підлокітники).  
Шию, голову розташуйте так, щоб вам було зручно та приємно представляти образи.  
Закрийте, будь ласка, очі та постарайтеся розслабитися.  
Розслабитися, зняти напругу, що накопичилася,  
Так, ніби вам хотілося б трохи подрімати.  
Почніть розслаблятися з м'язів плечей  
Намагайтеся відчутти, як плечі стають важкі, теплі та розслаблені. Плечі важкі та теплі. Важкі та теплі.  
Уявіть, як приємне тепло поширюється із плечей по всьому тілу.  
Відчуйте, як тепло опускається з плечей до рук  
Розслаблюється верхня частина рук. Розслабляються лікті  
Ваші зап'ястки розслабляються  
Розслабляються кисті рук – долоні стають важкі та теплі.  
Долоні важкі та теплі. Важкі та теплі.  
Розслабляє кожен палець на руках. Руки розслаблені, провисли, аж до кінчиків пальців.  
А тепер зверніть увагу на те, як ви дихаєте – дихання стає вільним та рівним, вільним та рівним.  
Вам добре і приємно дихається.  
Намагайтеся відчутти приємне тепло в грудях, тепло в області сонячного сплетення, тепло в животі.  
Уявіть, як тепло з живота опускається у ноги  
Відчуйте, як розслабляється верхня частина ніг, розслаблюються коліна, розслаблюються гомілки  
Стопи стають важкі та теплі. Стопи важкі та теплі, важкі та теплі.  
Відчуйте п'яти. Пальці ніг. Усі ноги розслаблені.

Тепер зверніть увагу на спину. Відчуйте як розслабляється попереk, відчуйте хребет. Відчуйте лопатки.

Відчуйте як розслабляється середина спини між лопатками.

Розслаблюється шия, потилиця. Уся голова розслаблена.

Розслаблено темрява, віскі. Розслабляється чоло, обличчя.

Відчуйте свої щоки, відчуйте вилиці, підборіддя. Нижня щелепа стає важкою. Губи розслаблені, язик теплий, розслабляється ніс та очі.

Повіки важчають, вії злипаються. Очі розслаблені.

А тепер уявіть луг, будь що що ви уявите добре, ми можемо працювати з будь яким вашим образом. Який цей луг, що ви відчуваєте? А тепер уявіть, що десь є гора. Опишіть її (можна більше розпитувати в клієнта опис). Як далеко гора? Яка пора року, температура, які ваші відчуття, зверніть увагу на себе, в чому ви одягнені, взуття, наскільки комфортно, скільки вам зараз років? Чи є якісь запахи, звуки? Чи можете підійти ближче і роздивитися гору? Чи така ж вона з близька як і з далека? Які відчуття коли дивитесь на неї? Чи могли б ви піднятися на неї? Яким способом? ( може бути поводитир або стежка або будь які допоміжні елементи, це важливо уточнити). Що попереду, що позаду, як ви себе відчуваєте підіймаючись в гору? Коли людина піднялася, то що відчуваєте, яка тепер ця гора? Що б вам зараз хотілося, зробіть все що хочеться. Далі потрібно спуститися, який цей спуск? Якою стороною? Яка ця вершина зараз по відчуттях? Коли спустилися з гори: то які відчуття? Подивіться на гору яка вона для вас зараз? А тепер зробіть все що вам хочеться? Найдіть тихе, спокійне, затишне місце, наберіться ресурсу і можемо завершувати образ. Коли будете готові розплющуйте очі і потягніться, як після довгого сну.

Далі терапевт з клієнтом обговорює, все що ідбувалося, важливий акцент на переживаннях, емоціях, стані. Що сподобалося, що було приємне, що не приємне?. Домашнє завдання намалювати малюнок, на наступній сесії обговорити та проаналізувати його.

### 3. Вправа «Якби моя хвороба вмiла говорити»

Мета: дiзнатися трiшки бiльше про своє захворювання.

Людинi потрібно вiзуалiзувати хворобу. Спочатку виглядi чого ви це уявляєте, що це, якого клiру, детально опишiть, всi якостi розмiр i.т.д. Що ця рiч може робити. Тепер уявiть що воно вмiє говорити, що б воно вам сказало, покомонiкуйте. Якi у вас емоцiї, переживання.

#### *«Ставлення до свого тiла та здоров'я»*

Починаємо, як зазвичай, з короткої розмови, як справи? Обговорюємо малюнок з попереднього разу. I пропонується сьогоднi попрацювати з проєктивними картами.

#### 1. Проєктивна методика «Глечик»

Мета: дiзнатися ставлення до свого тiла

Обладнання: проєктивнi карти «Глечик»

Потрiбно в слiпу вибрати одну картку. Пiсля того як клiєнт розгляне свою картку розпочинаємо обговорення. Даємо наступнi запитання:

- Що ви бачите?
- Який цей глечик? (вiн пустий чи породнiй)
- Чим вiн наповнений?
- Якi у вас пiдiймаються емоцiї? Що хочеться з глечиком зробити?

Хто про нього пiклується, Як за ним правильно доглядати?

Задаються додатковi запитання вiд психолога в залежностi вiд теми i того, що говорить учасник. Якщо «Глечик» дуже депресивний, можна запитати, що можна було б зробити з глечиком щоб вiн став яскравiшим...

#### 2. Проєктивна методика: «Внутрiшнiй стан та тiло»

Мета: з'ясувати як тiло реагує на внутрiшнiй стан

Обладнання: проєктивнi картки «це все в менi»

Картки складаються з 3 частин, учасникам пропонується в закриту обрати з кожної колоди («голова», «тiло» i ноги) по картцi. Пiсля чого учасника складають повне тiло. Потiм йде обговорення. Психолог задає запитання в залежностi вiд того що говорить учасник.

### 3. Проективна методика: «Майстерня стосунків»

Потрібні будуть проективні карти «Майстерня стосунків»

Потрібно в закриту вибрати картку з колоди даючи відповідь на питання: «Які у мене стосунки з тілом». Після чого ми все обговорюємо. Психолог задає питання.

4. Наступна вправа буде вправа на завершення, обговорити які емоції та переживання найчастіше виникали і дуже важливо звернути увагу і на тілесні відчуття.

#### *«Що мені дає моє захворювання»*

1. Спочатку обговорюємо який стан у клієнта, що він переживав цей час, як його самопочуття.
2. Пропонується вправа з проективними картами для визначення, що дає мені хвороба?

Потрібно буде колода карт «Соре»

В закриту до кожного питання клієнт тягне по одній картці.

- Я спричиняю хвороби тим, що ... (картка сдуває відповідю. Важливо обговорити, що клієнт бачить на картинці. Наприклад: .... Тим, що приховую бурю емоцій.)
  - Я хворію, коли намагаюся уникнути...
  - Коли я хворію, я завжди хочу...
  - Коли я хворіла в дитинстві, мої батьки завжди...
  - Мій найбільший страх, коли я хворію...
  - В кінці після обговорення питань, та карток. Витягнути з колоди «Джерело» - ресурсної колоди, картку, щоб людина не залишилася без ресурсу після підняття важких тем.
3. Наступна вправа буде з драмо терапії. Усвідомити ставлення до хвороби та знайти спосіб гармонійного співіснування з нею.

Потрібно уявити хворобу як людину чи істоту. Потім він у ролі "хвороби" розповідає, чому вона з'явилася і які її наміри. У відповідь пацієнт може висловити свої думки та почуття. Важливо при цьому змінювати

розташування особи. Після чого обговорити, які емоції виникли під час діалогу, чи змінилося сприйняття хвороби.

#### 4. Релаксаційна вправа «Танення льоду»

Потрібно сісти зручно. Постарайтеся максимально розслабитися. Уявіть своє тіло у вигляді брили льоду, що лежить під променями весняного, ласкавого сонця. З кожним вдихом тіло наповнюється теплом і свіжістю, а з кожним видихом по ньому проноситься теплий вітерець. Зосередьтеся на видиху і відчуйте, як хвилі тепла поширюються по всьому тілу.

Воно розслабляється і тоненькі цівки танучого льоду течуть по очах, щоках, лобі,

шиї, рук, по грудях, по животу, стегнах, ступень ніг. Тіло розчиняється, розливаючись чистими світлими струмочками, повними свіжості і легкості.

Побудьте в цьому стані. Відчуйте перетікання цих потічків. А тепер, поступово роблячи глибокі вдихи і повільні, плавні видихи, за готовністю, відкрийте очі.

Після чого обговорити все.

#### *«Розуміння захворювання та самооцінка»*

1. Для початку слід поговорити з клієнтом як він, які у нього переживання, його стан...

2. Клієнту пропонується вправа: Маска хвороби. Де буде необхідно виразити емоції, пов'язані з хворобою, і знизити їх інтенсивність. Рекомендовано в дома зробити таку маску, наступної сесії детальніше ще раз обговорити все.

Пропонується створити "маску хвороби" через вираз обличчя або позу. Після цього обговорюється, які емоції були закладені в цей образ. Потім пацієнт створює іншу "маску" – образ себе, який справляється з хворобою.

Після чого варто обговорити про відчуття, як змінилися почуття після створення другої маски?

3. Ще одна вправа, яка пропонується клієнту у методі, драмо-терапії:

"Мій

день з хворобою" Потрібно оцінити вплив хвороби на повсякденне життя і знайти способи адаптації. Пацієнту пропонують інсценувати звичайний день, показуючи моменти, пов'язані з хворобою (контроль рівня цукру, ін'єкції інсуліну, спілкування з іншими). Суть вправи полягає в тому, щоб виявити складнощі, з якими доводиться стикатися, і знайти можливі шляхи їх подолання.

4. Наступна вправа на самооцінку: "Дерево самооцінки"

Створення візуального образу себе як гармонійної особистості.

Пацієнт має намалювати дерево, де:

Коріння — його цінності та опори (сім'я, освіта, досвід).

Стовбур — особисті якості (сила, терпіння).

Крона — цілі, мрії та бажання.

Можна плоди намалювати, якщо це плідноносне дерево – досягнення.

Після чого потрібно все обговорити: Що є найміцнішою частиною "дерева"?

Які аспекти хотілося б розвивати?

5. Пропонується остання вправа «Дзеркало». Яка допоможе підвищити впевненість через позитивну самопрезентацію.

Пацієнт дивиться у дзеркало та говорить собі позитивні фрази: «Я ціную себе», «Я впораюсь із будь-якими викликами», «Мені не потрібно заслуговувати на любов», «Я приймаю себе», «Я люблю себе».

Як змінився настрій після виконання? Чи легко було дивитися у дзеркало під час проголошення фраз?

*«Робота з негативними емоціями, пошук ресурсу»*

1. Варто розпочати з короткої комунікації, як клієнт, його переживання, його стан, що у нього відбувалося протягом цього періоду...

2. Наступна вправа буде за методом символ-драми: «Подорож до

здоров'я». Нам потрібно з клієнтом розробити позитивний образ майбутнього та знайти мотивацію для дотримання лікування. Спочатку потрібно провести релаксію: Сядьте, будь ласка, зручніше.

Відчуйте опору під собою, кожную точку зіткнення з опорою.

Відчуйте спинку крісла (стула), на яку можна спертися.

Поставте зручніше ноги. Відчуйте ногами підлогу

Руки розташуйте зручніше (відчуйте підлокітники).

Шию, голову розташуйте так, щоб вам було зручно та приємно представляти образи.

Закрийте, будь ласка, очі та постарайтеся розслабитися.

Розслабитися, зняти напругу, що накопичилася,

Так, ніби вам хотілося б трохи подрімати.

Почніть розслаблятися з м'язів плечей

Намагайтеся відчутти, як плечі стають важкі, теплі та розслаблені. Плечі важкі та теплі. Важкі та теплі.

Уявіть, як приємне тепло поширюється із плечей по всьому тілу.

Відчуйте, як тепло опускається з плечей до рук

Розслаблюється верхня частина рук. Розслабляються лікті

Ваші зап'ястки розслабляються

Розслабляються кисті рук – долоні стають важкі та теплі.

Долоні важкі та теплі. Важкі та теплі.

Розслабляє кожен палець на руках. Руки розслаблені, провисли, аж до кінчиків пальців.

А тепер зверніть увагу на те, як ви дихаєте – дихання стає вільним та рівним, вільним та рівним.

Вам добре і приємно дихається.

Намагайтеся відчутти приємне тепло в грудях, тепло в області сонячного сплетення, тепло в животі.

Уявіть, як тепло з живота опускається у ноги

Відчуйте, як розслабляється верхня частина ніг, розслаблюються коліна, розслаблюються гомілки

Стопи стають важкі та теплі. Стопи важкі та теплі, важкі та теплі.

Відчуйте п'яти. Пальці ніг. Усі ноги розслаблені.

Тепер зверніть увагу на спину. Відчуйте як розслабляється попереk, відчуйте хребет. Відчуйте лопатки.

Відчуйте як розслабляється середина спини між лопатками.

Розслаблюється шия, потилиця. Уся голова розслаблена.

Розслаблено темрява, віскі. Розслабляється чоло, обличчя.

Відчуйте свої щоки, відчуйте вилиці, підборіддя. Нижня щелепа стає важкою. Губи розслаблені, язик теплий, розслабляється ніс та очі.

Повіки важчають, вії злипаються. Очі розслаблені.

Уявіть, що ви вирушаєте в подорож, мета якої – досягти кращого здоров'я. Яка пора року? У що ви одягнені, у що взуті? Яка температура? Що у вас є з собою? Коли будете готові, ви можете розпочати свій шлях, розкажіть що зараз відбувається, далі важливо йти за клієнтом, часто запитувати про його відчуття, переживання, звертати увагу на тілесні відчуття. Де ви зараз? Якщо ви дійшли до місця здоров'я, то детально опишіть, що там знаходиться, як ви себе тут відчуваєте. (опишіть все детально). Чого б вам зараз хотілося? Це ваш мотив у ньому модна все. Насолодіться цим місцем, відчуйте як поновлюються ваші сили, покращується ваше здоров'я. Коли ви будете готові, знайдіть місце, де було б вам добре, безпечно і коли будете готові повільно розплющіть очі та потягніться як після довгого сну.

Важливо: Дивитися, які прешколи трапляються на дорозі та які засоби використовуються для допомоги, можливо це люди. Важливо з клієнтом дійти до цього місця. Коли клієнт дійде, щоб клієнт набувся в цьому місці і набрався енергії.

Потім все обговорити з клієнтом, що переживав клієнт, що відчував, що сподобалося найбільше, що було примне, що не приємне, що можете для себе взяти.

Важливо, дома намалювати малюнок і на наступній сесії все обговорити.

3. Для наступної вправи будуть необхідні проєктивні карти: Джерело - ресурсна. Для початку потрібно обговорити стан який зараз є. Описуємо цей стан детально, те що не задовільняє.

Тоді в закриті клієнт обирає одну картку з відповіддю на питання: «Якого стану хочеться»? Далі обговорюємо все детально. Після чого клієнт описує стан якого хочеться. Потім клієнт обирає декілька карт в закриті з питанням: «Якого ресурсу мені не вистачає для того, щоб знаходитися в бажаному стані» Обговорюємо з клієнтом кожен картку. В кінці клієнт в закриті вибирає 3-5 карт з відповіддю на питання: «Які ресурси можуть мені допомогти досягнути бажаного стану». Після чого обговорюємо все з клієнтом.

Отже, запропоновані вправи і техніки спрямовані на роботу з внутрішнім станом пацієнтів, підвищення їхньої самооцінки, покращення емоційного самопочуття та адаптації до життя з хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет 1-го типу. Комплексний підхід до роботи з клієнтами дозволяє ефективно поєднувати різні методики, включаючи символ-драму, проєктивні карти, драмо-терапію та релаксаційні вправи.

Дані вправи будуть мати наступний вплив на клієнтів:

Підвищення усвідомлення стану. Завдяки вправам, які вимагають візуалізації хвороби, як-от "Якби моя хвороба вмiла говорити" або "Маска хвороби", пацієнти можуть краще зрозуміти власне сприйняття хвороби. Це сприяє усвідомленню страхів, тривоги і емоцій, що пов'язані з діагнозом, а також допомагає змінити негативне сприйняття захворювання на конструктивніше.

Також присутні вправи для емоційне розвантаження. Використання релаксаційних технік, таких як "Танення льоду" або "Подорож до здоров'я", дозволяє пацієнтам зняти напругу, викликану постійним стресом від необхідності контролювати рівень глюкози та лікування. Це покращує емоційний стан і сприяє стабілізації настрою.

Також в корекційну роботу входять вправи на пошук внутрішніх ресурсів.

Вправи з проєктивними картами, зокрема ресурсні вправи з картами "Джерело", сприяють пошуку нових способів адаптації, виявленню внутрішніх ресурсів і формуванню позитивного ставлення до лікування. Відкриття власних можливостей допомагає пацієнтам бути більш стійкими до стресу та приймати необхідні рішення щодо підтримки здоров'я.

В розроблену роботу також входить вправи для роботи з самооцінкою. Вправи на підвищення самооцінки, такі як "Дерево самооцінки" або "Дзеркало", сприяють формуванню впевненості у власних силах і зміцненню особистісних якостей. Для пацієнтів із цукровим діабетом це допомагає впоратися з відчуттям уразливості та залежності від медичного догляду.

Дуже важливим є те, що присутні вправи для покращення адаптації. Інсценування звичайного дня ("Мій день із хворобою") допомагає виявити труднощі в повсякденному житті та знайти шляхи їхнього вирішення. Це дає змогу розробити стратегії ефективної адаптації до викликів, які постійно супроводжують пацієнтів із діабетом.

А ось використання метафоричних образів і технік символ-драми допомагає пацієнтам сформувати позитивний образ майбутнього, пов'язаного зі здоров'ям. Це сприяє мотивації дотримуватись лікувального режиму, вести здоровий спосіб життя та бути активними учасниками власного процесу лікування.

Отже, застосування цих вправ і технік має позитивний вплив на емоційний, психологічний і фізичний стан клієнтів із цукровим діабетом 1-го типу. Вони сприяють зниженню рівня тривоги, покращують емоційну стійкість, допомагають змінити негативне ставлення до хвороби та підтримують процес адаптації до нових життєвих умов. Такий підхід дозволяє пацієнтам краще контролювати свій стан, знижує ризик емоційного вигорання та підвищує якість життя.



## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило досягти основних цілей і завдань, що були поставлені у межах роботи, а також підтвердити висунуті гіпотези щодо особливостей ставлення до хвороби у пацієнтів із цукровим діабетом I типу.

Теоретичний аналіз особливостей ставлення до хвороби

Аналіз теоретичних джерел показав, що цукровий діабет I типу є хронічним захворюванням, яке має глибокий вплив на фізичний, психологічний та соціальний стан пацієнтів. Особливості ставлення до хвороби залежать від поєднання когнітивних, емоційних та поведінкових факторів. Теоретичні моделі, такі як модель саморегуляції хвороби та теорія стресу, дозволяють зрозуміти механізми адаптації пацієнтів до хронічного захворювання.

Психологічні аспекти захворювання включають стрес, тривожність, депресію та емоційне вигорання, які впливають на якість життя пацієнтів. Важливими факторами, що визначають ставлення до хвороби, є соціальна підтримка, рівень самоусвідомлення і ефективність копінг-стратегій. Підтримка сім'ї, друзів та професійна психологічна допомога є важливими компонентами успішного лікування та адаптації пацієнта до життя з ЦД I типу. Психологічна підтримка допомагає знизити стрес і навчити пацієнтів керувати своєю хворобою без надмірних емоційних навантажень.

Результати теоретичного аналізу підкреслили необхідність інтеграції психологічної підтримки у загальну систему лікування пацієнтів із цукровим діабетом I типу.

Емпіричне дослідження ставлення до хвороби

У дослідженні взяли участь 45 пацієнтів із цукровим діабетом I типу віком від 18 до 40 років. Результати кількісного та якісного аналізу підтвердили три гіпотези:

Гіпотеза 1: Негативне ставлення до хвороби взаємопов'язане з низькою якістю життя, фізичним станом та розвитком ускладнень. Зокрема, 73.3% респондентів почуваються нещасливими через хворобу, а 66.7% відчують обмеження у соціальному житті. Також значна частка учасників (73.3%) зазнає матеріальних збитків через необхідність регулярного лікування.

Гіпотеза 2: З прогресуванням захворювання змінюється тип реагування на хворобу. Частка пацієнтів зі змішаним типом реагування зростає зі збільшенням тривалості захворювання. Це свідчить про адаптивну динаміку сприйняття хвороби, що потребує індивідуалізованого підходу до підтримки пацієнтів.

Гіпотеза 3: Ускладнення захворювання впливають на ставлення до хвороби. Респонденти, які мали ускладнення, частіше відзначали низький рівень задоволеності своїм фізичним станом (33.3%), настроєм (33.4%) і соціальною активністю (26.7%).

Результати також засвідчили, що соціальна підтримка є важливим фактором адаптації: 95% респондентів зазначили, що їхнє ставлення до хвороби змінюється залежно від якості взаємодії з оточенням. Це підкреслює важливість створення сприятливого соціального фону для пацієнтів із цукровим діабетом.

Вплив хвороби на професійну діяльність і соціальні відносини

Дослідження виявило значний вплив цукрового діабету I типу на професійне життя пацієнтів. Зокрема: 60% респондентів відзначили зниження працездатності. 53.3% зауважили погіршення стосунків із колегами. 26.7% були незадоволені своєю роботою або навчанням.

Крім того, 66.7% респондентів відчують соціальні обмеження, що впливає на їхню професійну реалізацію. Ці результати підкреслюють необхідність розробки програм підтримки у професійній сфері, зокрема адаптації робочого середовища та інформування роботодавців про специфіку захворювання.

Розробка корекційної програми

На основі отриманих результатів було запропоновано комплексну корекційну програму, спрямовану на покращення ставлення до хвороби у пацієнтів із цукровим діабетом I типу. Основні елементи програми включають:

Проведення тренінгів із розвитку ефективних копінг-стратегій.

Забезпечення доступу до когнітивно-поведінкової терапії.

Створення груп підтримки для пацієнтів і членів їхніх сімей.

Розробку індивідуалізованих планів соціальної та професійної адаптації.

Цукровий діабет I типу суттєво впливає на фізичний, психологічний та соціальний стан пацієнтів. Негативне ставлення до хвороби погіршує якість життя, обмежує соціальну активність та професійну реалізацію. З прогресуванням захворювання відзначається зміна типу реагування на хворобу, що свідчить про необхідність динамічного підходу до підтримки пацієнтів.

Соціальна підтримка є ключовим чинником, що впливає на адаптацію до хвороби. Розробка комплексних програм, які враховують фізичні, емоційні та соціальні аспекти життя пацієнтів, є важливим завданням для підвищення якості їхнього життя.

Таким чином, багатовекторний підхід до лікування пацієнтів із цукровим діабетом I типу має включати не лише медикаментозну терапію, але й психологічну підтримку, спрямовану на зниження тривожності, покращення емоційного стану та підвищення соціальної адаптації. Особливу увагу слід приділяти пацієнтам із тривалим перебігом хвороби, які стикаються із серйозними фізичними та емоційними викликами. Інтеграція медичних і психологічних заходів дозволить не лише покращити контроль за перебігом захворювання, але й підвищити загальну якість життя пацієнтів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дудар І.О. Лікування артеріальної гіпертензії при хворобах нирок. Артеріальна гіпертензія. 2016. № 4 (48). С. 13-20.
2. Журавльова Л.В. Основи діагностики, лікування і профілактики основних хвороб ендокринної системи. Харків : Харків. нац. мед. ун-т, 2012. С. 4-10.
3. Кайдашева І.П. Зміна способу життя, порушення енергетичного метаболізму та системне запалення як фактори розвитку хвороб цивілізації. Український медичний часопис, 2013. № 5 (97). С. 103-107.
4. Камінський А.В. Цукровий діабет: нові погляди і старі упередження. Частина 2. Профілактика цукрового діабету 2-го типу. Міжнародний ендокринологічний журнал, 2012. № 4. С. 42-45.
5. Колесник Н.А. Корекція дефіциту заліза у хворих хронічних захворювань почек V ГД с анемією. Український журнал нефрології та діалізу. 2016. № 1 (49). С. 66-70.
6. Копачов В.В. Психосоматичні та гормонально-метаболічні порушення у чоловіків з цукровим діабетом 2-го типу: метаболічні аспекти корекції. Український медичний журнал, 2016. № 1. С. 88-91.
7. Кулик М. С., Тарасенко О. В. Депресія: симптоми, причини, види. МЕДИКОМ Приватна багатопрофільна клініка в Києві. URL: <https://medikom.ua/depressiya-simptomu-prichiny-vidy/> (дата звернення: 16.06.2023).
8. Кутько І.І. Стрес та психічне здоров'я (психопатологія і психосоматика психогенного дистресу). Новини медицини і фармації, 2013. № 3 (444). С. 20-25.

9. Мартинюк Л.П., Вонс Л.З. Фактори, які впливають на якість життя у хворих із цукровим діабетом. Здобутки та перспективи внутрішньої медицини: кардіоваскулярний ризик при коморбідній патології : матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф. (Тернопіль, 20-21 березня 2014 р.). Тернопіль, 2014. С. 26.
10. Мошняга Е.Н. Особливості протікання цукрового діабету при тривожних розладах. Міжнародний ендокринологічний журнал, 2011. № 8 (40). С. 59-68.
11. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок та пацієнтів з гострим пошкодженням нирок: 2016 рік / уклад. Н.І. Козлюк, С.С. Ніколаєнко, О.О. Розважаєва; Державна установа «Інститут нефрології НАМН України»; гол. ред. М.О. Колесник. Київ, 2017. С. 201.
12. Оцінка якості життя у хворих із вперше виявленим цукровим діабетом / Мартинюк Л.П., Якубишина І.Г., Вонс Л.З., Гах Т.Т. Людина та ліки – Україна : тези доп. Національного конгресу. Київ, 2014. С. 7-8.
13. Паньків В.И. Психіатричні аспекти цукрового діабету. Новини медицини та фармації. Психіатрія.
14. Пеньковська Н.М. Психологічні аспекти психосоматики. Збірник наукових праць. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. Вип. 27 (51). С. 15-22.
15. Сегеда О.О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. № 43 (1). С. 156-163.
16. Сердюк, А. М. (2015). “Соціальні аспекти профілактики та контролю цукрового діабету.” Медична психологія, 10(3), 12-18.
17. Франкл В. Людина в пошуках сенсу. Психолог в концтаборі / ред. О. Саврук. Харків : Книжк. Клуб "Клуб Сімейн. дозвілля", 2020. С. 173.
18. Центр медичної освіти: 14 листопада всесвітній день боротьби з цукровим діабетом. Комунальна установа "Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики" Запорізької обласної ради. URL:

- <https://zoiacms.zp.ua/2021/11/12/14-lystopada-vsesvitnii-den-borotby-z-tsukrovym-diabetom/> (дата звернення: 15.05.2023).
19. Чабан, О. С., та ін. (2018). "Психосоматичні аспекти якості життя пацієнтів із хронічними захворюваннями." Журнал психіатрії та медичної психології, 9(1), 21-27.
  20. Шапар В.Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2004. С. 411.
  21. IDF Diabetes Atlas First edition. International Diabetes Federation. URL: <https://web.archive.org/web/20121220104344/http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden> (дата звернення: 15.05.2023).
  22. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
  23. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company.
  24. Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). "Illness representations and coping with health threats." In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), Handbook of Psychology and Health (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
  25. Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere.
  26. Egede, L. E., & Ellis, C. (2010). Diabetes and depression: Global perspectives. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(3), 302-312.  
doi:10.1016/j.diabres.2010.01.024
  27. Skinner, T. C., John, M., & Hampson, S. E. (2000). Social support and personal model of diabetes as predictor of self-care and well-being: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(4), 257-267.  
doi:10.1093/jpepsy/25.4.257
  28. Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Snoek, F. J., Matthews, D. R., & Skovlund, S. E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management:

- Resultsofthecross-national DAWN study. *DiabeticMedicine*, 22(10), 1379-1385. doi:10.1111/j.1464-5491.2005.01644.x
29. VanBastelaar, K. M., Pouwer, F., Geelhoed-Duijvestijn, P. H., Tack, C. J., &Beekman, A. T. (2010). Diabetes-specificemotionaldistressmediatestheassociationbetweendepressivesymptomsandglycaemiccontrolinType 1 andType 2 diabetes. *DiabeticMedicine*, 27(7), 798-803. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.03025.x
30. Prochaska, J. O., &DiClemente, C. C. (1983). Stagesandprocessesofself-changeofsmoking: Towardanintegrativemodelofchange. *JournalofConsultingandClinicalPsychology*, 51(3), 390-395.
31. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., &Wilson, K. G. (1999). *AcceptanceandCommitmentTherapy: Anexperientialapproachtobehaviorchange*. NewYork: GuilfordPress.
32. Hagger, V., &Hendrieckx, C. (2017). Diabetes distressandqualityoflifeinyoungadultswithType 1 diabetes: A comparisonofadolescentsandyoungadults. *DiabeticMedicine*, 34(7), 892-899. doi:10.1111/dme.13258
33. Rogers, C. R. (1961). *OnBecoming a Person: A Therapist'sViewofPsychotherapy*. Boston: HoughtonMifflin.
34. WorldHealthOrganization. (2016). *GlobalReporton Diabetes*. Geneva: WHO Press.
35. International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas, 9th Edition*. Brussels: IDF.

## ДОДАТКИ

### ДОДАТОК А

#### **Опитувальник Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби**

Оберіть відповідь, яка вам найбільше підходить.

1.Через хворобу я не можу працювати з колишньою працездатністю, став (ла) слабким (кою), немічним (ою), сам (а) собі неприємний (а)

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

2.Хвороба ускладнює взаємини в моїй родині, відчуваю, що набрид (ла) рідним зі своєю хворобою.

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

3. Через хворобу приходиться себе багато в чому обмежувати, боюся вживати спиртне, обмежую себе в їжі, уникаю ходити в гості, відмовляю собі в розвагах.

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

4. Через хворобу погіршилися відносини на роботі, відчуваю, що співробітники стали гірше відноситися до мене, не співчують, і навіть чіпляються.

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

5. Вважаю, що у мене менше вільного часу, ніж у здорових людей, через хворобу багато часу іде на лікування, лікарні.

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

6. Через хворобу не можу працювати там, де хочу. Моя хвороба заважає мені зайняти краще положення в суспільстві, зробити кар'єру.

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

7. Після того, як занедужав (а), помічаю зміни у своїй зовнішності, став (ла) некрасивим (ою), неприємним (ою) для навколишніх.

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

8. Моя хвороба зробила мене нещасливим (ою), змушує почувати себе не таким (ою), як усі.

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

9. Моя хвороба заважає мені спілкуватися з навколишніми, відчуваю, що віддаляюся від людей.

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

10. Хвороба наносить мені значний матеріальний збиток, змушує витратити гроші на лікування, не дає можливості більше заробляти.

Напевно немає

Скоріше ні

Утрудняюся відповісти

Мабуть так

Безумовно так

**Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.)**

Інструкція: згадайте, будь ласка, ті події, що відбувались із вами за останні 30 днів. Враховуючи їх, наскільки ви були задоволені наступним із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де:

0 — зовсім не задоволений(-а)

1-3 — більш незадоволений(-а), ніж задоволений(-а)

4-6 — посередньо

7-9 — більш задоволений(-а), ніж незадоволений(-а)

10 — надзвичайно задоволений(-а)

1. Своїм фізичним станом?

2. Настроєм?

3. Проведенням вільного часу?

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?

6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?

7. Фінансовим благополуччям?

8. Умовами проживання?

9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?

10. Загальний рівень задоволеності життям?

### Текст опитувальника Тобол.

Методика Тобол призначена для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби.

Із запропонованих тверджень вам потрібно відзначити всі які вам підходять.

#### I. Самопочуття

- o З тих пір як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття
- o Я майже завжди відчуваю себе бадьорим і повним сил
- o Погане самопочуття я намагаюся перебороти
- o Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим
- o У мене майже завжди щось болить
- o Погане самопочуття у мене виникає після прикростей
- o Погане самопочуття з'являється у мене від очікування неприємностей
- o Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання
- o Моє самопочуття цілком задовільно
- o З тих пір як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами дратівливості і почуттям туги
- o Моє самопочуття дуже залежить від того, як до мене ставляться оточуючі
- o Жодне з визначень мені не підходить

#### II. Настрій

- o Як правило, настрій у мене дуже гарне
- o Через хворобу я часто буваю нетерплячим і дратівливим
- o У мене настрої псується від очікування можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, невпевненості в майбутньому
- o Я не дозволяю собі через хворобу вдаватися до смутку і смутку
- o Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій

- o Моє поганий настрій залежить від поганого самопочуття
- o У мене стало абсолютно байдуже настрої
- o У мене бувають напади похмурої дратівливості, під час яких дістається оточуючим
- o У мене не буває зневіри і смутку, але може бути запеклість і гнів
- o Найменші неприємності сильно засмучують мене
- o Через хворобу у мене весь час тривожний настрій
- o Жодне з визначень мені не підходить

### III. Сон і пробудження від сну

- o Прокинувшись, я відразу змушую себе встати
- o Ранок для мене - найважчий час доби
- o Якщо мене щось засмутить, я довго не можу заснути
- o Я погано сплю вночі і відчуваю сонливість вдень
- o Я сплю мало, але встаю бадьорим. Сни бачу рідко
- o З ранку я більш активний і мені легше працювати, ніж увечері
- o У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають болісно-тужливі сновидіння
- o Вранці я встаю бадьорим і енергійним
- o Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити
- o Ночами у мене бувають напади страху
- o З ранку я відчуваю повну байдужість до всього
- o Ночами мене особливо переслідують думки про свою хворобу
- o У сні мені бачаться всякі хвороби
- o Жодне з визначень мені не підходить

### IV. Апетит і ставлення до їжі

- o Нерідко я соромлюся їсти при сторонніх людях
- o У мене хороший апетит
- o У мене поганий апетит

- o Я люблю ситно поїсти
- o Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі
- o Мені легко можна зіпсувати апетит
- o Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її доброякісність
- o Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримати здоров'я
- o Я намагаюся дотримуватися дієти, яку сам розробив
- o Їжа не доставляє мені ніякого задоволення
- o Жодне з визначень мені не підходить

#### V. Ставлення до хвороби

- o Моя хвороба мене лякає
- o Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде
- o Намагаюся не думати про свою хворобу і жити безтурботним життям
- o Моя хвороба найбільше гнітить мене тим, що люди стали цуратися мене
- o Без кінця думаю про всіх можливих ускладненнях, пов'язаних з хворобою
- o Я думаю, що моя хвороба невиліковна і нічого хорошого мене не чекає
- o Вважаю, що моя хвороба запущена через неуважність та невміння лікарів
- o Вважаю, що небезпека моєї хвороби лікарі перебільшують
- o Намагаюся перебороти хворобу, працювати як раніше і навіть ще більше
- o Я відчуваю, що моя хвороба набагато важче, ніж це можуть визначити лікарі
- o Я здоровий, і хвороби мене не турбують
- o Моя хвороба протікає абсолютно незвично, не так, як у інших, і тому потребує особливої уваги
- o Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним
- o Я знаю, з чієї вини я захворів, і не пробачу цього ніколи
- o Я всіма силами намагаюся не піддаватися хвороби

- o Жодне з визначень мені не підходить

## VI. Ставлення до лікування

- o Уникаю усякого лікування, сподіваюся, що організм сам переборе хворобу, якщо про неї менше думати
- o Мене лякають труднощі і небезпеки, пов'язані з майбутнім лікуванням
- o Я був би готовий на саме болісне і навіть небезпечне лікування, тільки б позбутися хвороби
- o Я не вірю в успіх лікування і вважаю його марним
- o Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у всіх них постійно розчаровуюсь
- o Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків і процедур, умовляють мене на нікчемну операцію
- o Всякі нові ліки, процедури та операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення і небезпеки, з ними пов'язаних
- o Ліки та процедури нерідко чинять на мене таке незвичайне дію, що це дивує лікарів
- o Вважаю, що серед застосовуються способів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити
- o Вважаю, що мене лікують неправильно
- o Я ні в якому лікуванні не потребую
- o Мені набридло нескінченне лікування, хочу, щоб мене тільки залишили в спокої
- o Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми
- o Мене дратує і озлоблює, коли лікування не дає поліпшення
- o Жодне з визначень мені не підходить

## VII. Ставлення до лікарям та медперсоналу

- o Головним у всякому медичному працівнику я вважаю увагу до хворого
- o Я хотів би лікуватися у такого лікаря, у якого велика популярність
- o Вважаю, що я захворів насамперед з вини лікарів

- о Мені здається, що лікарі мало що розуміють в моєї хвороби і тільки роблять вигляд, що лікують
- о Мені все одно, хто і як мене лікує
- о Я часто турбуюся про те, що не сказав лікарю щось важливе, здатне вплинути на успіх лікування
- о Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь
- о Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, оскільки не впевнений в успіху лікування
- о З великою повагою я ставлюся до медичної професії
- о Я не раз переконувався, що лікарі та персонал неухважні і несумлінно виконують свої обов'язки
- о Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями і медперсоналом і потім шкодую про це
- о Я здоровий і допомоги лікарів не потребує
- о Вважаю, що лікарі та медперсонал попусту витрачають на мене час
- о Жодне з визначень мені не підходить

#### VIII. Ставлення до рідних і близьких

- о Я настільки поглинений думками про мою хворобу, що справи близьких перестали хвилювати мене
- о Я намагаюся рідним і близьким не показувати виду, що я хворий, щоб не затьмарювати їм настрою
- о Близько марно хочуть зробити з мене важкохворого
- о Мене долають думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі і негаразди
- о Мої рідні не хочуть зрозуміти тяжкість моєї хвороби і не співчують моїм стражданням
- о Близькі не рахуються з моєю хворобою і хочуть жити в своє задоволення
- о Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими
- о Через хворобу я втратив всякий інтерес до справ і хвилювань близьких і рідних
- о Через хворобу я став в тягар близьким

- о Здоровий вигляд і безтурботне життя близьких викликає у мене неприязнь
- о Я вважаю, що захворів через моїх рідних
- о Я намагаюся поменше доставляти тягот і турбот моїм близьким через свою хворобу
- о Жодне з визначень мені не підходить

#### ІХ. Ставлення до роботи (навчання)

- о Хвороба робить мене нікуди непридатним працівником (нездатним вчитися)
- о Я боюся, що через хворобу я втрачу хорошої роботи (доведеться піти з хорошого навчального закладу)
- о Моя робота (навчання) стала для мене абсолютно байдужою
- о Через хворобу мені тепер стало не до роботи (не до навчання)
- о Весь час турбуюся, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не впоратися з навчанням)
- о Вважаю, що захворів через те, що робота (навчання) заподіяла шкоду моєму здоров'ю
- о На роботі (за місцем навчання) абсолютно не рахуються з моєю хворобою і навіть чіпляються до мене
- о Не вважаю, що хвороба може перешкодити моїй роботі (навчання)
- о Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) поменше знали і говорили про мою хворобу
- о Я вважаю, що, незважаючи на хворобу, треба продовжувати роботу (навчання)
- о Хвороба зробила мене непосидючим і нетерплячим на роботі (у навчання)
- о На роботі (за навчанням) я намагаюся забути про свою хворобу
- о Усі дивуються і захоплюються тим, як я, незважаючи на хворобу, успішно працюю (учусь)
- о Моє здоров'я не заважає мені працювати (вчитися) там, де я хочу
- о Жодне з визначень мені не підходить

## Х. Ставлення до оточуючих

- o Мені тепер все одно, хто мене оточує і хто біля мене
- o Мені хочеться, щоб оточуючі тільки залишили мене в спокої
- o Здоровий вигляд і життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування
- o Я намагаюся, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби
- o Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться
- o Мені б хотілося, щоб оточуючі на собі відчули, як важко хворіти
- o Мені здається, що оточуючі цураються мене через мою хворобу
- o Оточуючі не розуміють моєї хвороби і моїх страждань
- o Моя хвороба і те, як я її переносю, дивує і вражає навколишніх
- o З оточуючими я намагаюся не говорити про свою хворобу
- o Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не прощу
- o Спілкування з людьми тепер стало мені швидко набридати і навіть дратувати мене
- o Моя хвороба не заважає мені мати друзів
- o Жодне з визначень мені не підходить

## ХІ. Ставлення до самотності

- o Волю самотність, бо одному мені стає краще
- o Я відчуваю, що хвороба прирікає мене на повну самотність
- o На самоті я прагну знайти якусь цікаву або потрібну роботу
- o На самоті мене починають особливо переслідувати нерадісні думки про хворобу, ускладненнях, майбутніх стражданнях
- o Часто, залишившись наодинці, я швидше заспокоююсь: люди стали мене сильно дратувати
- o Соромлячись хвороби, я намагаюся віддалитися від людей, а на самоті сумую за людям
- o Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу

- о Мені стало все одно - бути серед людей або залишатися на самоті
- о Моє бажання побути одному залежить від обставин і настрою
- о Я боюся залишатися на самоті через побоювання, пов'язаних з хворобою
- о Жодне з визначень мені не підходить

## XII. Ставлення до майбутнього

- о Хвороба робить моє майбутнє сумним і похмурим
- о Моє здоров'я поки не дає жодних підстав турбуватися за майбутнє
- о Я завжди сподіваюся на щасливе майбутнє, навіть у найвідчайдушніших положеннях
- о Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюся домогтися поліпшення здоров'я в майбутньому
- о Не вважаю, що хвороба може істотно відбитися на моєму майбутньому
- о Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом в моїй роботі (навчанні)
- о Мені стало байдуже, що стане зі мною в майбутньому
- о Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє
- о Я впевнений, що в майбутньому розкриються помилки і халатність тих, через кого я захворів
- о Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють туга і роздратування на інших людей
- о Через хворобу я дуже тривожуся за своє майбутнє
- о Жодне з визначень мені не підходить

### **Шкала якості життя SF-36**

1. На Вашу думку, Ваше здоров'я взагалі є:

- Прекрасне .
- Дуже добре.
- Добре.
- Задовільне.
- Погане.

2. Як Ви в цілому оцінюєте Ваше здоров'я в даний час в порівнянні з тим, що було тиждень ТОМУ?

- Набагато краще, ніж тиждень тому.
- Трохи краще, ніж тиждень тому.
- Приблизно так само, як і тиждень тому.
- Трохи гірше, ніж тиждень тому.
- Набагато гірше, ніж тиждень тому.

**Наступні питання стосуються Вашої діяльності впродовж звичайного дня.**

3. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати надмірні зусилля, такі як біг, піднімання важких предметів, участь у спортивних змаганнях? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає
- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

4. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати помірну фізичну діяльність, таку як пересування стола, миття підлоги (або підмітання), праця в городі або гра в бадмінтон? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає.

- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

5. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підняти або носити сумки з продуктами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає.
- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім

6. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам піднятися на декілька

поверхів сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає.
- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

7. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам піднятися на один поверх сходами? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає.
- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

8. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам нахилитись, стати навколішки, зігнутися? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає.
- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

9. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти більше одного

кілометра? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає.
- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

10. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти декілька сотень метрів? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає.
- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

11. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти сто метрів?  
Якщо

перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає.
- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

12. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам самостійно митись та

вдягатись? Якщо перешкоджає, то наскільки?

- Так, дуже перешкоджає.
- Так, трохи перешкоджає.
- Ні, не перешкоджає зовсім.

**За останній тиждень наскільки часто у Вас виникали будь-які з наведених**

**труднощів з виконанням своєї роботи або іншої щоденної діяльності?**

13. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю через Ваш Фізичний стан.

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

14. Зробили менше, ніж хотіли через Ваш фізичний стан.

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.

15. Були обмежені у деяких видах роботи чи іншої діяльності через Ваш

фізичний стан.

- Увесь час
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

16. Мали труднощі у виконанні роботи чи іншої діяльності через Ваш фізичний стан (наприклад, витратили на неї більше зусиль).

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

17. Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

18. Зробили менше, ніж хотіли внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

19. Виконували роботу чи займались іншою діяльністю менш старанно, ніж звичайно внаслідок емоційних проблем (пригніченість, неспокій).

- Увесь час.

- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

20. За останній тиждень наскільки Ваші проблеми із здоров'ям чи емоційним станом заважали Вашому звичайному спілкуванню з сім'єю, друзями, сусідами, колективом?

- Ніскільки не заважали.
- Дещо заважали.
- Помірно заважали.
- Значно заважали.
- Надзвичайно заважали.

21. Чи зазнали Ви фізичного болю за останній тиждень і в якій мірі?

- Ніякого.
- Дуже слабкого.
- Слабкого.
- Помірног .
- Сильного.
- Дуже сильного.

22. Наскільки за останній тиждень біль перешкоджав Вашій нормальній роботі

(включаючи роботу за межами дому і домашню роботу)?

- Ніскільки не перешкоджав.
- Зовсім мало перешкоджав.
- Помірно перешкоджав.
- Значно перешкоджав.
- Надзвичайно перешкоджав.

**Це питання стосується того, як Ви себе почували протягом останнього тижня.**

**Будь ласка, дайте відповідь, яка найкраще описує Ваше самопочуття.**

23. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися сповненим

життя?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.

24. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були дуже знервовані?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

25. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були настільки пригнічені, що ні з чого не раділи?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час
- Небагато часу.
- Ніколи.

26. Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися спокійно та врівноважено?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

27. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були сповнені енергії?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.

- Ніколи.

28. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були засмучені та пригнічені?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

29. Скільки часу протягом останнього тижня В Ви почувалися виснаженим (виснаженою)?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

30. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були щасливі?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

31. Скільки часу протягом останнього тижня Ви були втомлені?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

32. Як часто за останній тиждень Фізичний стан здоров'я або емоційні проблеми

порушували Вашу соціальну активність (відвідування друзів, родичів

тощо)?

- Увесь час.
- Більшість часу.
- Деякий час.
- Небагато часу.
- Ніколи.

33. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Мені здається, що я можу захворіти легше ніж інші.

- Цілком вірне.
- Загалом вірне.
- Не знаю.
- Загалом невірне.
- Цілком невірне.

34. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я таке ж, як і в інших, кого я знаю.

- Цілком вірне.
- Загалом вірне.
- Не знаю.
- Загалом невірне.
- Цілком невірне.

35. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Я передчуваю погіршення здоров'я.

- Цілком вірне.
- Загалом вірне.
- Не знаю.
- Загалом невірне.
- Цілком невірне.

36. Наскільки ВІРНЕ або НЕВІРНЕ є ствердження щодо Вас? Моє здоров'я прекрасне.

- Цілком вірне.

- Загалом вірне.
- Не знаю.
- Загалом невірне.
- Цілком невірне.