

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

Кваліфікаційна робота магістра

на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ
ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.0531
спеціальності 053– Психологія
Ясінський Роман Миколайович
Керівник: к.психол.н, доц. Малина О.Г.
Рецензент: к.психол.н., доц. Залановська Л.І.

Запоріжжя – 2022

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТОВІ

Ясінському Роману Миколайовичу

Тема роботи Психологічні особливості внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень

керівник роботи Малина О.Г., к.психол.н, доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «20» 07 2022 року № 884-с

2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психологічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз психологічного феномену «внутрішня картина захворювання», психологічних особливостей її структури у пацієнтів із туберкульозом легень; експериментально дослідити параметри та специфіку внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом легень; розробити ефективну програму їх психологічної корекції.
5. Перелік графічного матеріалу: 10 таблиць, 3 малюнки
6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Малина О.Г., доцент		
Розділ 1	Малина О.Г., доцент		
Розділ 2	Малина О.Г., доцент		
Розділ 3	Малина О.Г., доцент		
Висновки	Малина О.Г., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2022 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2022 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-червень 2022 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-серпень 2022 р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2022 р.	Виконано
6	Передзахист	листопад 2022 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2022 р.	Виконано

Студент _____ Р.М. Ясінський

Керівник роботи _____ О.Г. Малина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 56 сторінок, 10 таблиць, 3 рисунка, 33 джерела, 1 додаток.

Об'єкт дослідження – внутрішня картина захворювання як психологічний феномен.

Предмет дослідження – психологічні особливості структури внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом легень.

Мета дослідження – на основі аналізу структури внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом легень визначити її параметри й специфіку та розробити ефективну програму їх психологічної корекції.

Гіпотеза – у хворих на туберкульоз легень із різною тривалістю стаціонарного лікування визначаються психологічні особливості внутрішньої картини захворювання, що впливають на перебіг туберкульозу та потребують впровадження психологічної корекції, спрямованої на актуалізацію адаптивних ресурсів цих пацієнтів.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

Наукова новизна полягає у встановленні психологічних особливостей особистісної, емоційної та мотиваційно-вольової складових внутрішньої картини захворювання у пацієнтів із туберкульозом легень із різною тривалістю стаціонарного лікування.

Галузь використання: протитуберкульозні заклади, сімейні амбулаторії.

ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗАХВОРЮВАННЯ,
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

SUMMARY

Yasinskyi R.M. Psychological features of the internal picture of the disease in patients with pulmonary tuberculosis

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (33 items, 10 of foreign origin), 1 appendix. The qualifying work volume is 56 pages long. There are 10 tables and 3 illustrations.

The qualifying work gives theoretical survey and describes the experimental research of psychological features of the internal disease picture of patients with pulmonary tuberculosis. The master thesis is composed of 3 chapters.

The research object: internal disease picture as psychological phenomena.

The research subject: psychological features of internal disease picture structure in pulmonary tuberculosis patients.

The research goal: is to identify the peculiarities and parameters of internal disease picture of pulmonary tuberculosis patients and design the effective program of its psychological correction on analysis of the internal picture of the disease basis.

Hypothesis – there are psychological features of the internal picture of the disease in patients with pulmonary tuberculosis with different duration of inpatient treatment, which impact on the prognosis of tuberculosis and require a psycho-correction program that will contribute to the actualization of adaptation sources of such patients.

The research tasks are:

– To analyze the psychological literature on the problem and identify theoretical and experimental approaches to the problem of psychological features of.

internal disease picture of pulmonary tuberculosis patients in foreign and domestic psychology;

- To investigate the personal, emotional and motivational-volitional components of internal disease picture of pulmonary tuberculosis patients;

- To develop and test the program for the improvement of adaptation of tuberculosis patients during inpatient treatment in the course of tuberculosis chemotherapy.

Chapter 1 provides theoretical analysis of the psychological features of internal disease picture of pulmonary tuberculosis patients, theoretical approaches have been generalized and systematized to design the empirical research.

In the Chapter 2 the personal, emotional and motivational-volitional components of internal disease picture of pulmonary tuberculosis patients analyzed.

Chapter 3 Program for the improvement of adaptation of tuberculosis patients during inpatient treatment in the course of tuberculosis chemotherapy has been described. The analysis of results has proved the effectiveness of implemented program.

Key words: internal disease picture, tuberculosis, psychological features.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ ЯК ПСИХОЛОГІЧНОГО ФЕНОМЕНУ, ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЇЇ СТРУКТУРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ.....	9
1.1. Внутрішня картина хвороби як психологічний феномен.....	9
1.2. Психологічні особливості внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень	10
1.3. Підходи до психологічної допомоги хворим на туберкульоз легень.....	12
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЯ Й ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ І СПЕЦИФІКИ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ ТА ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИ.....	15
2.1. Вибір методів оцінки особистісної, емоційної та вольової складових внутрішньої картини хвороби та організація проведення дослідження.....	15
2.1.1. Вибір методів дослідження.....	15
2.1.2. Статистична оцінка результатів дослідження.....	20
2.1.3. Організація та дизайн дослідження.....	21
2.2. Характеристика параметрів внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень.....	23
2.2.1. Оцінка особистісної складової внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень.....	23
2.2.2. Оцінка емоційної складової внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень.....	26
2.2.3. Оцінка мотиваційно-вольової складової внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень.....	30
2.3. Аналіз специфіки внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень.....	32
РОЗДІЛ 3 ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБЛЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ ТА ЇЇ ОЦІНКА.....	37
3.1. Обґрунтування розроблення програми психокорекції для пацієнтів із туберкульозом легень.....	37
3.2. Програма психокорекції	38
3.3. Оцінка програми психокорекції	44
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50
ДОДАТКИ.....	54

ВСТУП

Актуальність дослідження. Туберкульоз легень навіть сьогодні, у XXI столітті залишається лідером серед причин смерті від інфекційних захворювань. Важливим є те, що тривалість лікування може бути різною і в окремих випадках показане стаціонарне лікування, тривалість якого визначатиметься динамікою туберкульозного процесу.

Окрім медико-біологічних факторів, психологічний фактор є важливою складовою, через призму якої пацієнт сприймає своє захворювання, контактує із лікарем, медичним персоналом, формує своє ставлення до захворювання, до медичного персоналу, інших пацієнтів, сприймає нову інформацію щодо динаміки захворювання, необхідності хірургічного лікування, зміни режиму хіміотерапії, переведення пацієнта до іншого відділення.

Актуальність дослідження пояснюється тим, що в результаті патоморфозу перебіг туберкульозу легень змінився за останні роки та продовжує змінюватися. Це спричинює виникненню нової внутрішньої картини захворювання. Дотепер автори ж оцінювали переважно окремі аспекти внутрішньої картини захворювання (тривога та депресія, ставлення до захворювання) та лише при певних клінічних формах або типах туберкульозного процесу, не вказуючи на те, як довго пацієнти лікувалися та чи мало це вплив на внутрішню картину захворювання. В той же час, зарубіжні та вітчизняні психологи роблять акцент на доцільності психотерапії за допомогою різноманітних підходів та вправ, які націлені на різні складові внутрішньої картини захворювання туберкульоз.

Об'єкт дослідження – внутрішня картини захворювання як психологічний феномен.

Предмет дослідження – психологічні особливості структури внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом легень.

Мета дослідження – на основі аналізу структури внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом легень визначити її параметри й специфіку та розробити ефективну програму їх психологічної корекції.

Гіпотеза – у хворих на туберкульоз легень із різною тривалістю стаціонарного лікування визначаються психологічні особливості внутрішньої картини захворювання, що впливають на перебіг туберкульозу та потребують впровадження психологічної корекції, спрямованої на актуалізацію адаптивних ресурсів цих пацієнтів.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз наукової літератури з проблеми, що вивчається, на основі якої виявити стан вивчення проблеми психологічних особливостей внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом в зарубіжній і вітчизняній психології, їх вплив на перебіг захворювання та підходи до психокорекції.
2. Дослідити особистісну складову внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом легень із різною тривалістю лікування в стаціонарі шляхом визначення типу акцентуацій особистості.
3. Дослідити емоційну складову внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом легень із різною тривалістю лікування в стаціонарі шляхом визначення ознак депресії, рівнів та структури тривоги, страхів, агресії.
4. Дослідити мотиваційно-вольову складову внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом легень із різною тривалістю лікування в стаціонарі дослідивши ступінь та структуру саморегуляції пацієнтів, тип ставлення до захворювання.
5. Визначити показання та розробити програму психологічної корекції для хворих із туберкульозом легень з урахуванням психологічних особливостей структури внутрішньої картини захворювання.
6. Оцінити ефективність розробленої програми.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

Наукова новизна полягає у встановленні психологічних особливостей особистісної, емоційної та мотиваційно-вольової складових внутрішньої картини захворювання у пацієнтів із туберкульозом легень із різною тривалістю стаціонарного лікування.

Встановлено, що у хворих, які тривало лікувалися та не мали позитивної клінічної динаміки були високі рівні тривоги та депресії, у більшості хворих визначалося зростання рівню ауто-агресії та в структурі страху переважав страх смерті, знижені рівні саморегуляції за шкалою «оцінка результатів».

Практична значущість полягає у розробці показань та обґрунтуванні доцільності застосування психокорекційної програми психологічної адаптації хворих на туберкульоз легень, які лікуються в умовах стаціонару.

Застосування програми дозволило зменшити рівні реактивної тривоги у пацієнтів із туберкульозом легень, змінити типи ставлення до захворювання на більш адаптивний та збільшити комплаєнтність.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 33 найменувань. Загальний обсяг основного тексту 56 сторінок. Робота містить 10 таблиць та 3 рисунка. За матеріалами роботи є 2 публікації тез конференцій з міжнародною участю.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ ЯК ПСИХОЛОГІЧНОГО ФЕНОМЕНУ, ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЇЇ СТРУКТУРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

1.1. Внутрішня картина хвороби як психологічний феномен

«Внутрішня картина захворювання» - це суб'єктивно-психологічна сторона будь-якого захворювання, що характеризується формуванням у хворого певних відчуттів, уявлень і знань про своє захворювання. Існують синоніми даного поняття: аутопластична картина хвороби (Лібіх), внутрішня картина хвороби (Лурія), переживання хвороби, ставлення до хвороби, тощо [1].

Виділяються різні обставини, які, безперечно, беруть участь у формуванні ВКХ: об'єктивні умови життя хворого (соціальні умови, об'єктивний тягар захворювання, об'єктивний прогноз, ступінь вітальної загрози), суб'єктивні фактори (спрямованість хворого, рівень загальної активності, особливості самосвідомості, весь комплекс преморбідних особливостей особистості), ситуаційні фактори, особливості пов'язані з лікуванням (тяжкість та тривалість лікувальних процедур, ступінь залежності хворого від медичної апаратури та персоналу тощо). Суб'єктивна оцінка свого стану та характеру хворобливих симптомів рідко буває адекватною, так ряд серйозних соматичних захворювань тривалий час протікають безсимптомно, а за сильних афективних реакцій можлива більша кількість скарг без об'єктивної патології [2].

Виділяють наступні складові внутрішньої картини захворювання:

- Чуттєва сторона хвороби (сенситивна, больова);
- Емоційна сторона хвороби (страхи, тривоги, депресії, агресії, тощо);

- Мотиваційно-вольова сторона захворювання (зусилля пацієнта справитися із захворюванням);
- Інтелектуальна сторона хвороби (знання про етіологію, патогенез захворювання, можливі прогнози, тощо)

На сьогоднішній день у літературі зустрічається опис психологічних особливостей структури внутрішньої картини хвороби при багатьох нозологіях (катаракта, сколіоз, бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, психічні захворювання, тощо) [3, 4].

1.2. Психологічні особливості внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень

Стосовно внутрішньої картини такого захворювання як туберкульоз, у вітчизняній та зарубіжній літературі вивчали поокремі складові чи психологічні аспекти даного захворювання.

Туберкульоз легень навіть сьогодні, у XXI столітті залишається лідером серед причин смерті від інфекційних захворювань. Головними проблемами у сучасній фтизіатрії в Україні є висока частка хворих на хіміорезистентний туберкульоз, проблема низької прихильності до лікування серед пацієнтів, пізні звертання за медичною допомогою, тощо [5, 6].

Серед тих пацієнтів, які лікуються в стаціонарах є хворі, у яких визначається неефективне лікування. Частка неефективного лікування за різними літературними джерелами становить від 0,2 – 0,5 % до 8 – 11 % [7, 8]. В Україні частка хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, у яких встановлено неефективне лікування сягає 11,3 %. Негативною тенденцією патоморфозу туберкульозу є низький приріст ефективності лікування. Так, за даними В.М. Мельника ефективність лікування туберкульозу сягає всього 50 % [9-11].

Важливим завданням для наукової спільноти є пошуки причин неефективного лікування та розробка способів підвищення ефективності лікування туберкульозу легень [12].

Окрім медико-біологічних факторів, психологічний фактор є важливою складовою, через призму якої пацієнт сприймає своє захворювання, контактує із лікарем, медичним персоналом, формує своє ставлення до захворювання, до медичного персоналу, інших пацієнтів, сприймає нову інформацію щодо динаміки захворювання, необхідності хірургічного лікування, зміни режиму хіміотерапії, переведення пацієнта до іншого відділення, тощо [13-15].

Найбільшу увагу науковців привертає емоційна складова та відношення до хвороби внутрішньої картини захворювання туберкульоз. Так, у роботах [16-18] розглянуто тривогу, депресію, ставлення до захворювання у пацієнтів із туберкульозом. Встановлено переважання адаптивних типів відношення до хвороби: ергопатичного та анозогнозичного. Переважання ергопатичного типу у хворих характеризується прагненням продовжувати роботу, зберегти професійний статус та можливість продовжити активну трудову діяльність. Переважна більшість анозогнозичного типу у пацієнтів з туберкульозом легень пов'язана з наявністю таких факторів, як відсутність роботи, наявність шкідливих звичок та судимості. Для пацієнтів зі змішаним ергопатичним-анозогнозичним типом характерно бажання перервати лікування, мотивуючи це, з одного боку, необхідністю заробляти гроші, а з іншого – відсутністю суб'єктивних скарг на самопочуття в цілому. Для пацієнтів із сенситивним типом участь сім'ї та близьких є основним, а часом єдиним джерелом емоційної, психологічної та моральної підтримки. У досліджуваних з ергопатичним-сензитивним типом були виявлені ознаки так званої соціальної фобії, вони соромляться говорити про своє захворювання, виявляють побоювання за здоров'я близьких, відчувають провину. Тривожний тип ставлення до хвороби визначає реакцію пацієнтів на свій діагноз до того, що вони майже впадають у паніку. Тому тривога стає джерелом конфліктів з

оточуючими, ще дана категорія пацієнтів частіше за інших вступає у конфлікти, де поводяться дратівливо.

Різняться дані щодо рівнів тривоги та депресії у хворих на туберкульоз: від незначних до високих [19-21].

1.3. Підходи до психологічної допомоги хворим на туберкульоз легень

У літературі дуже багато як вітчизняних, так і зарубіжних робіт, присвячених питанню психологічного супроводу хворих на туберкульоз [22-27]. Так зазначається, що для підвищення прихильності до лікування, зменшення стигматизації даного захворювання та психологічної підтримки пацієнтів можуть бути застосовані методи як індивідуальної, так і групової терапії [24].

В.М. Мельник із співавторами визначають, що основними завданнями психологічної реабілітації хворих на туберкульоз легень на першому етапі терапії у фазі інтенсивного лікування є:

- діагностика особливостей соціально-психологічного статусу захворілої людини;
- допомога пацієнтам у виробці моделей конструктивної поведінки на етапі адаптації до стаціонарних умов;
- корекція неадекватних типів відношення до хвороби;
- укріплення співпраці із лікуючим лікарем, формування оптимістичного ставлення до процесу лікування;
- зменшення страху, тривоги, невизначеності та інших негативних емоційних реакцій, підтримка у пацієнта відчуття контролю за тим, що відбувається;
- профілактика нозогенних розладів;
- навчання пацієнтів прийомам психологічної самопомоги;
- формування адекватного ставлення до реакцій організму на прийом протитуберкульозних препаратів;

- створення мотивації щодо обговорення та усвідомлення психологічних причин, які сприяють виникненню туберкульозного процесу [27].

Ю.О. Сенько описує способи психологічної допомоги хворим на туберкульоз [25]. Групове психологічне консультування допомагає учасникам групової роботи заглиблюватися у власний досвід, досліджувати як позитивні, так і негативні його сторони. Досвід відкритого спілкування призводить до зміни стереотипів поведінки й до більш неупередженого та безпосереднього сприйняття, сприяє глибшому розумінню членами групи самих себе. Арттерапія сприяє покращенню інтуїтивних здібностей і розкриттю креативного мислення, що дозволяє приймати нестандартні рішення в складних ситуаціях. Правопівкульне малювання дозволяє легко і якісно малювати будь-які картини з оточуючого середовища або із уяви. Арт-терапія — це можливість швидко позбавитись страхів, отримати вражаючий результат вже на першому занятті. Методика «людина під дощем», метою якої є вивчення сили «Я людини», її здатності долати несприятливі ситуації, протистояти їм. Методика дає можливість здійснити діагностику особистісних резервів і особливостей захисних механізмів, стійкості людини до впливу різноманітних стресових ситуацій; типу реагування на перешкоди, проблеми, які виникають, дозволяє визначити як людина почуває себе при несприятливих ситуаціях. Дозволяє розкрити уявлення про проблеми і труднощі, що виникають в житті людини (які заважають, стимулюють до діяльності).

Авторка пропонує наступні техніки:

- техніка «Цілепокладання». Ця техніка сприяє побудові конкретних цілей для вирішення питань, пов'язаних із хворобою та необхідністю довготривалої терапії, а також для перспективних планів досягнення визначеної мети;
- вправа «Тематичний життєвий багаж», метою якої є визначення пріоритетних напрямів роботи з того, що можна самовдосконалити;
- вправа «Мої сильні сторони» — ця вправа спрямована не лише на визначення власних сильних сторін, але й на уміння мислити про себе позитивно.

Таким чином, провівши аналіз зарубіжних та українських джерел встановлено, що в результаті патоморфозу перебіг туберкульозу легень змінився за останні роки та продовжує змінюватися. Це спричинює виникненню нової внутрішньої картини захворювання. Дотепер автори оцінювали переважно окремі аспекти внутрішньої картини захворювання (тривога та депресія, ставлення до захворювання) та лише при певних клінічних формах або типах туберкульозного процесу, не вказуючи на те, як довго пацієнти лікувалися та чи мало це вплив на внутрішню картину захворювання. Зарубіжні та вітчизняні психологи роблять акцент на доцільності психокорекції за допомогою різноманітних підходів та вправ, які націлені на різні складові внутрішньої картини захворювання туберкульоз.

Тобто, можемо зробити висновок про актуальність обраної тематики, про необхідність дослідження особистісної складової, більш поглибленого вивчення емоційної складової (зокрема, дослідити страхи та агресію хворих), продовження вивчення мотиваційно-вольової складової у пацієнтів із різною тривалістю стаціонарного лікування туберкульозу та встановлення психологічних особливостей внутрішньої картини захворювання пацієнтів із туберкульозом легень.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ Й ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ І СПЕЦИФІКИ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ ТА ЙОГО РЕЗУЛЬТАТИ

2.1. Вибір методів оцінки особистісної, емоційної та вольової складових внутрішньої картини хвороби та організація проведення дослідження

2.1.1. Вибір методів дослідження

Для вирішення поставлених мети та завдань при дослідженні психологічних особливостей внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень були обрані наступні методики:

- Збір анамнезу в приватній бесіді з пацієнтом (історія захворювання, головні скарги, проблеми, їх зв'язок із захворюванням).
- Анкетування із застосуванням стандартизованих опитувальників.
- Повторна бесіда із пацієнтом після анкетування.

Для вивчення особистісної складової внутрішньої картини хвороби застосували анкетування Леонгарда в модифікації Шмішека [28]. Пацієнту пропонувалося 88 запитань, на які треба було відповісти «так» або «ні». Оцінка проводилася відповідно до ключа методики.

Анкетування виявляло типи акцентуацій особистості хворого на туберкульоз:

- демонстративний тип (акцентуація «витіснення») (Дем),
- педантичний тип (акцентуація «ригідність»), (П),
- застрягаючий неврівноважений тип (акцентуація «паранояльний»), (Н),

- збудливий тип (акцентуація «проективна»), (З),
- гіпертимний тип (акцентуація «гіпертимний»), (Г),
- дистимічний тип (акцентуація «дистимічно-депресивна»), (Дис),
- тривожно-боязкий тип (акцентуація «невротична»), (Т),
- циклотимічний афективно-лабільний тип (акцентуація «циклотимічний»), (Ц),
- афективно-екзальтований тип (акцентуація «інтроєтивна»), (Екз),
- емотивний тип (акцентуація «емоцентричність»), (Ем).

Середні значення (7-12 балів) відповідали середній вираженості відповідних рис, значення менше 7 – слабкій вираженості, значення 13-18 балів відповідали тенденції акцентуації певних рис характеру, значення понад 18 – акцентуації рис.

Серед показників емоційної складової визначали: рівні тривоги, депресії, агресії та страхів.

Тривогу оцінювали за допомогою анкет Спілбергера-Ханіна та Hospital anxiety and Depression scale (HADS), депресію за анкетною HADS [30]. У анкеті Спілбергера-Ханіна пацієнту пропонується 40 запитань: 20 для оцінки реактивної тривоги, 20 – особистісної.

Відповіді градуються на: «ні», «скоріше так», «вірно», «зовсім вірно» для реактивної тривоги та «майже ніколи», «інколи», «часто», «майже завжди» для особистісної тривоги.

Інтерпретація результатів:

- Менше 30 балів – низький рівень тривоги;
- 30-45 балів – помірний рівень;
- Понад 45 балів – високий рівень.

За анкетною HADS є дві частини: питання стосовно тривоги (7) та питання стосовно симптомів депресії (7). Бали від 0 до 3 за кожну відповідь. Потім бали додаються.

Інтерпретація результатів:

- 0-7 балів – немає ознак тривоги та депресії;

- 8-10 балів – межові значення тривоги та депресії;
- Понад 11 балів – є ознаки тривоги та депресії.

Рівні агресії визначали за анкетною Ільїна [31]. Пацієнту пропонувалося відповісти «так» або «ні» на 20 запитань (10 запитань стосуються ауто-агресії, 10 – гетеро-агресії). Оцінювався кількісно від 0 до 10 кожен вид агресії, також оцінювали співвідношення ауто/гетероагресія, показник менше 1 означав, що у хворого переважала гетеро-агресія, понад 1 – гетеро-агресія.

Рівні страху визначали за анкетною В. Леві [32]. Пацієнтам пропонували 60 запитань. У відповідь їм необхідно було поставити бал від 0 до 10, де 0 - “зовсім не підходить це твердження”, 10 - “повністю підходить”, від 1 до 10 ступінь збігу відповіді до ситуації пацієнта.

Інтерпретація результатів:

0-3 бали - “гіпер альфа” - повна відсутність страху;

4-40 балів - “альфа сміливець” - здатність адекватно оцінювати ризики та небезпеку й реагувати на них, страхи не характерні для таких осіб;

41-120 балів - “бета впевнений” - страх може виникати, проте не опановує людиною;

121-220 балів - “гамма вагаючийся” - страх є, людина намагається його не показувати;

221-350 балів - “тета тривожний” - страхи можуть опанувати людиною, можлива необхідність допомоги;

351-550 балів - “омега боязкий” - страхи управляють життям людини;

понад 551 балів - “гіпер омега” - страхи стають домінантою в житті, потрібне лікування.

Мотиваційно-вольову складову внутрішньої картини захворювання визначали за допомогою оцінки саморегуляції та відношення до захворювання.

Оцінку саморегуляції визначали за допомогою анкетування стилю саморегуляції В.І. Моросанової [33]. Пацієнту пропонується 46 запитань, на які він/вона може відповісти: «так», «скоріше так», «ні», «скоріше ні». Оцінка проводиться за допомогою спеціального ключа до анкети.

Визначається загальний рівень саморегуляції:

- низький, якщо менше 23 балів;
- середній, якщо 24-32 юали;
- високий, якщо понад 33 бали.

Також визначаються окремі види саморегуляції:

- «планування» характеризує індивідуальні характеристики пропонування та утримання цілей, формування свідомого планування діяльності у людини;
- «моделювання» дозволяє діагностувати індивідуальну розробку ідей щодо зовнішніх та внутрішніх значущих умов, ступінь їх усвідомлення, деталей та адекватності;
- «програмування» діагностує індивідуальний розвиток свідомого програмування людиною його дій;
- «оцінка результатів» характеризує індивідуальний розвиток та адекватність оцінки предметів та результати їх діяльності та поведінки;
- «гнучкість» діагностує рівень утворення регуляторної гнучкості, тобто здатність до відновлення, робити виправлення в систему саморегуляції, коли змінюються зовнішні та внутрішні умови.

Значення саморегуляції від 0 до 4 вважаються низькими, від 5 до 7 середніми, та від 7 високими.

Оцінку ставлення до захворювання визначали за методикою ТОБОЛ [16].

Пацієнту пропонувалося 12 блоків тверджень:

- Самопочуття;
- Настрій;
- Сон та прокидання після сну;
- Апетит та відношення до їжі;
- Ставлення до хвороби;
- Ставлення до лікування;
- Ставлення до лікарів та медперсоналу;
- Ставлення до рідних та близьких;

- Ставлення до роботи/навчання;
- Ставлення до оточуючих;
- Ставлення до самотності;
- Ставлення до майбутнього.

З кожного блоку хворий мав обрати 2 будь-яких твердження, які на його думку найбільш відповідають йому. Якщо жодне твердження з блоку не відповідає, пацієнт обирає останнє положення – «жодна відповідь не підходить».

Оцінка проводилася за спеціальним ключем, де за обрані відповіді виставлялися бали, потім ці бали додавалися за кожним із типів відношення до захворювання. Якщо за ключем обрана позиція пацієнтом збігалася із позначкою «*», всі бали відповідного типу ставлення до захворювання прирівнювалися до «0».

Визначалися наступні типи ставлення до захворювання:

- Гармонічний (Г);
- Ергопатичний (Р);
- Анозогнозичний (З);
- Тривожний (Т);
- Іпохондричний (І);
- Неврастенічний (Н);
- Меланхолічний (М);
- Апатичний (А);
- Сенситивний (С);
- Егоцентричний (Е);
- Паранояльний (П);
- Дисфоричний (Д).

Ізольований тип ставлення до захворювання діагностувався, якщо його значення перевищувало всі інші на 7 балів. Якщо визначалося кілька типів, що перевищували значення інших, діагностували змішаний тип ставлення до захворювання. Гармонічний тип визначався тільки тоді, коли він один

переважав всі інші. Якщо більше 3 типів мали однакові значення, то діагностувався дифузний тип ставлення до захворювання.

Типи ставлення до хвороби об'єднують у 3 блоки:

- Адаптивний (гармонічний, ергопатичний, анозогнозичний);
- Деадаптивний з інтрапсихічним направленням реагування на захворювання (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний), коли пацієнти поринають у своє захворювання, капітулюють перед ним;
- Деадаптивний з інтрапсихічним направленням реагування на захворювання (сенситивний, егоцентричний, дисфоричний, паранояльний), коли пацієнти використовують своє захворювання для певних цілей, будують паранояльні концепції, агресивні до отчужених, тощо.

2.1.2. Статистична оцінка результатів дослідження

Статистичну обробку матеріалів проводили за допомогою статистичного пакету ліцензійної програми «STATISTICA for Windows 13.0» (Copyright 1984-2018 TIBCO Software Inc. All rights reserved. Ліцензія № JPZ8041382130ARCN10-J). За рівень статистичної значимості приймалися значення показника вірогідності різниці між групами (p) рівні менше 0,05.

Статистичну значимість якісних відмінностей у межах груп та між групами пацієнтів визначали за допомогою точного критерію Фішера. Для кількісних показників використовували t-критерій Стьюдента для нормально розподілених даних, у разі відсутності нормального розподілу застосовували критерій Манна-Уїтні. Нормальність розподілу даних визначали за методом Шапіро-Уїлка. Достовірність відмінностей в залежних групах (до та після лікування) визначали за допомогою t-критерію Стьюдента (нормальний розподіл) та критерію знаків (при відсутності нормального розподілу).

Дані досліджень представлено у виді $M \pm m$, де M – середнє значення, m – похибка середньої.

2.1.3. Організація та дизайн дослідження

Для вирішення поставлених мети та завдань було організовано проведення дослідження психологічних особливостей внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень.

У дослідження включались всі хворі на туберкульоз легень, які були госпіталізовані до відділень легеневого туберкульозу № 1 та № 2 комунальної установи Запорізький регіональний фтизіо-пульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр Запорізької обласної ради при згоді на проведення відповідного дослідження. Планувалося включити 40 – 50 пацієнтів, які проходили лікування у відділеннях Комунального некомерційного підприємства «Запорізький регіональний фтизіо-пульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр» Запорізької обласної ради. Із них: 20 – 25 пацієнтів із відділення № 1 та 20 – 25 хворих із відділення № 2.

Усі пацієнти підписували інформовану згоду на участь у дослідженні. Включали всіх хворих, які згодилися брати участь у дослідженні та відповідали критеріям включення:

- Лікування у стаціонарі;
- Легенева форма туберкульозу, або легеневий туберкульоз у поєднанні із позалегеновими ураженнями.

Критерії виключення із дослідження:

- Лікування на амбулаторному етапі;
- Позалегеновий туберкульоз без уражень легень.

З хворими проводилася бесіда із поясненням суті дослідження, збиралися дані анамнезу. Пацієнтам пропонувалося заповнити анкети. Збиралася необхідна інформація із історій хвороб пацієнтів щодо клінічного діагнозу захворювання, типу туберкульозу, наявності бактеріовиділення, стійкості до лікарських засобів, клінічної форми туберкульозу легень, поширеності запального процесу, наявності деструкцій у легенях, супутні захворювання

пацієнтів, тощо. Із лікуючим лікарем обговорювалися суб'єктивні думки щодо пацієнтів, які можуть потребувати психокорекції.

Після збирання даних анкет та їх інтерпретації й аналізу відбувалася повторна зустріч із пацієнтами, які бажали дізнатися результати анкетувань. Розроблена програма психокорекції пропонувалася пацієнтам згідно результатів анкетувань та за бажанням окремих хворих.

Усього за 3 місяці (серпень – жовтень 2022 року) включено у дослідження 45 пацієнтів.

Всіх пацієнтів розподілили на 2 групи:

- До 1 групи увійшло 12 хворих, які тривалий час лікувалися у стаціонарних відділеннях (понад 3 місяці);
- До 2 групи увійшло 33 пацієнта, які щойно розпочали лікування, або лікувалися лише кілька тижнів.

Розподіл пацієнтів у групах за віком, статтю та клініко-рентгенологічними й лабораторними показниками представлено у таблиці 1.

Як бачимо, за гендерними та віковими характеристиками у групах пацієнтів статистичної різниці не було. Переважна більшість пацієнтів мали нові випадки туберкульозу легень та чутливий до лікарських засобів I ряду туберкульоз (1/4 хворих 1 групи та близько 15 % пацієнтів 2 групи мали Рифампіцин-стійкий чи туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (при одночасній стійкості як мінімум до Ізоніазиду та Рифампіцину – найбільш ефективних протитуберкульозних засобів I ряду).

Деструкції у легенях визначалися у всіх хворих, які тривало лікувалися та у 63,6 % пацієнтів 2 групи ($p < 0,05$). Бактеріовиділення було у всіх хворих 1 групи та у більшості пацієнтів 2 групи (84,8 %).

Тобто, у хворих 1 групи статистично значимо частіше були деструкції у легенях. Саме поширений деструктивний процес та збереження бактеріовиділення зумовлювало таку тривалість перебування у стаціонарі згідно чинних протоколів лікування туберкульозу.

Таблиця 1.1

Розподіл пацієнтів із туберкульозом у групах за віком, статтю, клініко-рентгенологічними та лабораторними показниками

Показники	1 група, n=12		2 група, n=33		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Кількість чоловіків	7	58,3	23	71,9	>0,05
Кількість жінок	5	41,7	10	28,1	>0,05
Середній вік, років	37,4 ± 2,9		44,6 ± 2,0		>0,05
Частка пацієнтів із новими випадками туберкульозу	10	83,3	26	78,8	>0,05
Частка пацієнтів із рецидивами туберкульозу	2	16,7	7	21,2	>0,05
Частка пацієнтів із Рифампіцин-стійким туберкульозом чи туберкульозом із множинною лікарською стійкістю	3	25	5	15,2	>0,05
Частка пацієнтів із деструкціями у легенях	12	100	21	63,6	<0,05
Частка хворих із бактеріовиділенням	12	100	28	84,8	>0,05

Проте, хворі, які тільки розпочали лікування за всіма іншими показниками достовірно не відрізнялися, оскільки показаннями до госпіталізації є наявність поширеного легеневого процесу із деструкціями, бактеріовиділенням, тяжкими супутніми захворюваннями або ж за соціальними показаннями.

2.2. Характеристика параметрів внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень

2.2.1. Оцінка особистісної складової внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень

Результати оцінки особистісної складової внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень представлено у табл. 2.2

Таблиця 2.2

**Особистісна складова внутрішньої картини хвороби пацієнтів із
туберкульозом легень**

Акцентуації	1 група, n=12	2 група, n=33	p
гіпертимний тип (акцентуація «гіпертимний»)	13,6 ± 2,2	14,7 ± 1,3	>0,05
збудливий тип (акцентуація «проективна»)	10,4 ± 1,0	11,2 ± 0,7	>0,05
емотивний тип (акцентуація «емоцентричність»)	12,1 ± 1,1	12,5 ± 1,1	>0,05
педантичний тип (акцентуація «ригідність»)	11,7 ± 1,2	11,1 ± 1,0	>0,05
тривожно-боязкий тип (акцентуація «невротична»)	7,1 ± 2,4	8,2 ± 1,1	>0,05
циклотимічний афективно-лабільний тип (акцентуація «циклотимічний»)	11,1 ± 1,7	11,0 ± 1,0	>0,05
демонстративний тип (акцентуація «витіснення»)	9,5 ± 1,3	9,7 ± 0,7	>0,05
застрягаючий неврівноважений тип (акцентуація «паранояльний»)	11,8 ± 1,6	11,8 ± 0,9	>0,05
дистимічний тип (акцентуація «дистимічно-депресивна»)	8,9 ± 1,0	13,3 ± 1,1	<0,05
афективно-екзальтований тип (акцентуація «інтроєтивна»)	14,6 ± 3,4	14,0 ± 1,6	>0,05

У хворих на туберкульоз тенденції до акцентуацій мали гіпертимний та афективно-екзальтований типи (понад 13 балів). Всі інші акцентуації мали середні значення.

Визначався достовірно вищий показник дистимічного типу серед хворих 2 групи у 1,5 рази, $p < 0,05$. І цей тип акцентуації мав тенденцію у хворих 2 групи. Графічне зображення типів акцентуацій представлено на рис. 2.1.

При якісній оцінці типу акцентуацій визначили, що гіпертимні та афективно-екзальтовані акцентуації спостерігалися майже у 1/3 хворих 1 групи (28,6 %, $p < 0,05$) та у кожного п'ятого пацієнта 2 групи (22,2 %, $p < 0,05$). У 5 % пацієнтів 2 групи визначалася акцентуація емотивного типу.

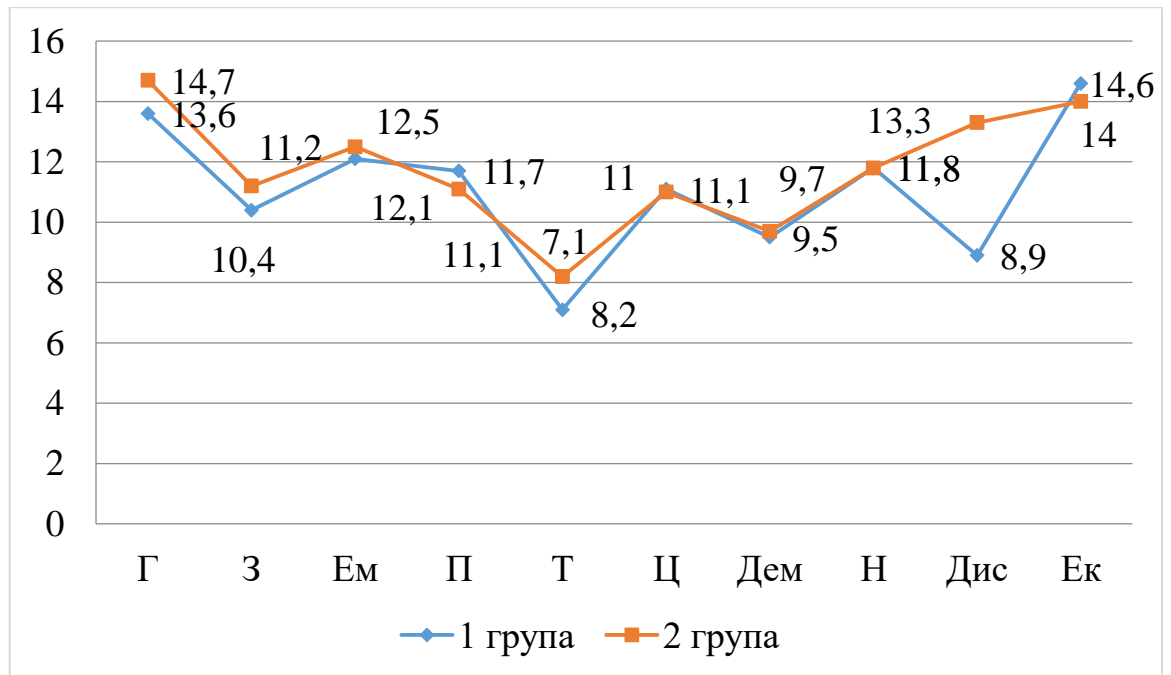


Рис. 2.1. Особистісна складова внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень

Таким чином, у хворих на туберкульоз легень визначалися тенденції до гіпертимної та афективно-екзальтованої акцентуації характеру, у хворих, які розпочали лікування також тенденцію до акцентуації мав дистимічний тип ($p < 0,05$). Гіпертимні та афективно-екзальтовані акцентуації визначалися майже у 1/3 хворих 1 групи (28,6 %, $p < 0,05$) та у кожного п'ятого пацієнта 2 групи (22,2 %, $p < 0,05$). Такі характерологічні характеристики пацієнтів можуть спричинити порушення комплаєнтності лікування або через конфліктність пацієнтів, їх небажання стаціонарного лікування, відриви від лікування (гіпертимний тип), або ж занадто виражені емоційні реакції на хворобу, медперсонал, лікаря, динаміку стану (афективно-екзальтований тип), або ж замкнутість пацієнта (дистимічний тип).

2.2.2. Оцінка емоційної складової внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень

Кількісні значення показників реактивної та особистісної тривоги за анкетною Спілбергера-Ханіна та значення тривоги й депресії за анкетною HADS представлені у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Рівні тривоги та депресії у пацієнтів із туберкульозом легень

Показники	1 група, n=12	2 група, n=33	p
Реактивна тривога	39,6 ± 2,4	44,6 ± 1,1	<0,05
Особистісна тривога	44,3 ± 2,9	44,4 ± 2,1	>0,05
Тривога за HADS	8,9 ± 1,0	6,3 ± 0,7	<0,05
Депресія	8,0 ± 1,3	7,5 ± 0,9	>0,05

У хворих 2 групи статистично значимо перевищували рівні реактивної тривоги у 1,1 рази ($p < 0,05$). Значення особистісної тривоги були однаковими у всіх пацієнтів, $p > 0,05$. Також варто зазначити, що рівні як реактивної, так і особистісної тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна були помірними (менше 45).

Тривога, оцінена за анкетною HADS, навпаки, достовірно вище значення мала у хворих 1 групи у 1,4 рази, $p < 0,05$. Вона була межевою за інтерпретацією в HADS. Можливо, через те, що в ній були питання іншої направленості. Рівні депресії були межевими у всіх пацієнтів та достовірно не відрізнялися у групах, $p > 0,05$.

При якісній оцінці результатів анкетувань за даними анкетами встановили, що виражена тривога за анкетною Спілбергера-Ханіна була близько у 1/3 хворих, та між собою групи пацієнтів достовірно не відрізнялися, $p > 0,05$ (табл. 2.4).

Частка пацієнтів із тривогою за анкетною HADS у 4 рази, а з депресією у 3,6 разів була більшою у хворих 1 групи, порівняно із часткою хворих 2 групи, $p < 0,05$. Можливі причини вже зазначалися вище.

Таблиця 2.4

Рівні тривоги та депресії у пацієнтів із туберкульозом легень

Показники із вираженими значеннями	Частка пацієнтів 1 групи, %	Частка пацієнтів 2 групи, %	p
Реактивна тривога	28,6	42,1	>0,05
Особистісна тривога	42,9	36,8	>0,05
Тривога за HADS	42,9	10,5	<0,05
Депресія	57,1	15,8	<0,05

Таким чином, хворі на туберкульоз легень мали помірні та межові середні значення рівнів тривоги й депресії. Тривога, оцінена за анкетною HADS достовірно вище значення мала у хворих 1 групи у 1,4 рази, $p < 0,05$, а реактивна тривога, оцінена за шкалою Спілбергера-Ханіна, у 1,1 рази вище у пацієнтів 2 групи, $p < 0,05$. Виражена тривога за анкетною Спілбергера-Ханіна була близько у 1/3 хворих. Частка пацієнтів із тривогою за анкетною HADS у 4 рази, а з депресією у 3,6 разів була більшою у хворих 1 групи, порівняно із часткою хворих 2 групи, $p < 0,05$.

Кількісні значення показників ауто- та гетеро-агресії за анкетною Ільїна представлені у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Рівні ауто- та гетеро-агресії у пацієнтів із туберкульозом легень

Показники	1 група, n=12	2 група, n=33	p
Ауто-агресія	3,7 ± 0,4	4,9 ± 0,4	<0,05
Гетеро-агресія	4,3 ± 0,8	4,3 ± 0,6	>0,05
Ауто/гетеро агресія	1,3 ± 0,4	1,6 ± 0,3	>0,05

Тобто, у хворих на туберкульоз середні значення ауто-агресії були вищими у хворих 2 групи у 1,3 рази порівняно із значеннями 1 групи, $p < 0,05$. Рівні гетеро-агресії були однаковими у двох групах пацієнтів, $p > 0,05$. Індекс ауто/гетеро агресія також статистично значимо не відрізнявся між групами хворих, $p > 0,05$.

Частка хворих 1 групи, у яких рівень ауто-агресії сягав понад 7 та перевищував суттєво значення гетеро-агресії становила 16,7 %, у 2 групі вона становила 34,6 %, $p < 0,05$. Лише у поодиноких випадках у двох групах ситуація була зворотною (високе значення гетеро-агресії при низьких рівнях ауто-агресії).

Таким чином, у хворих на туберкульоз середні значення ауто-агресії були вищими у хворих 2 групи у 1,3 рази порівняно із значеннями 1 групи, $p < 0,05$. Рівні гетеро-агресії були однаковими у двох групах пацієнтів, $p > 0,05$. Частка хворих 1 групи, у яких рівень ауто-агресії сягав понад 7 та перевищував суттєво значення гетеро-агресії становила 16,7 %, у 2 групі вона становила 34,6 %, $p < 0,05$.

Загальні рівні страху та його структура представлені у табл. 2.6. та на рис. 2.2.

Таблиця 2.6

Рівні страху та структура страху у пацієнтів із туберкульозом легень

Страхи	1 група, n=12	2 група, n=33	p
Загальний рівень страху, балів	291,2 ± 57,2	295,4 ± 30,0	>0,05
Загальний рівень страху, од	4,8 ± 0,9	4,9 ± 0,5	>0,05
Танатофобія (Танато)	6,9 ± 0,9	4,8 ± 0,5	<0,05
Страх простору (Простір)	5,6 ± 1,4	5,2 ± 0,5	>0,05
Соціофобія (Соціо)	5,1 ± 1,0	5,1 ± 0,7	>0,05
Страх публіки (Публ)	5,3 ± 1,0	5,0 ± 0,6	>0,05
Страх агресії (Агресія)	4,8 ± 1,1	4,6 ± 0,5	>0,05
Страх залежності (Залежн)	5,2 ± 1,6	5,8 ± 0,6	>0,05
Екзистенціальний страх (Екзист)	5,7 ± 1,3	5,5 ± 0,6	>0,05
Страх містики (Містика)	5,6 ± 1,5	4,9 ± 0,6	>0,05
Страх долі (Доля)	4,5 ± 1,0	4,9 ± 0,5	>0,05

Загальний середній рівень страху у всіх хворих належав до тета тривожного рівню. Відносний загальний рівень страху мав посередні значення (біля 5). Серед видів страху, які перевищували середній рівень у хворих 1 групи: танатофобія, страх простору, екзистенціальний страх, страх містики; у хворих 2 групи: страх залежності, екзистенціальний страх.

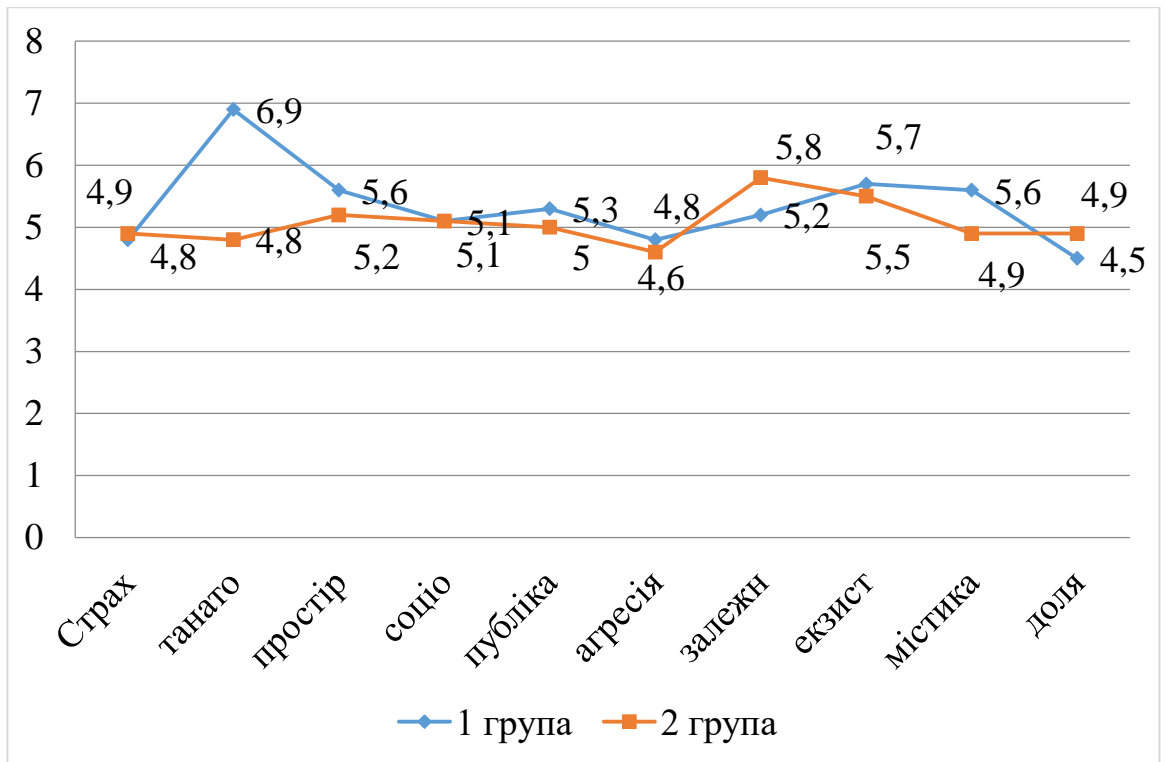


Рис. 2.2. Рівень та структура страху пацієнтів із туберкульозом легень

У пацієнтів 1 групи страх смерті у 1,4 рази перевищував показник 2 групи, $p < 0,05$. При якісній оцінці показника страху встановили, що тета та омега рівні страху визначалися у 76 % хворих 1 групи та у 56 % пацієнтів 2 групи, омега рівень був у 57 % хворих 1 групи та у 37,5 % пацієнтів 2 групи.

Таким чином, загальний середній рівень страху у всіх хворих належав до тета тривожного рівню. Відносний загальний рівень страху мав посередні значення (біля 5). Серед видів страху, які перевищували середній рівень у хворих 1 групи: танатофобія, страх простору, екзистенціальний страх, страх містики; у хворих 2 групи: страх залежності, екзистенціальний страх. У пацієнтів 1 групи страх смерті у 1,4 рази перевищував показник 2 групи, $p < 0,05$. Тета та омега рівні страху визначалися у 76 % хворих 1 групи та у 56 % пацієнтів 2 групи, омега рівень був у 57 % хворих 1 групи та у 37,5 % пацієнтів 2 групи.

2.2.3. Оцінка мотиваційно-вольової складової внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень

Кількісні значення показників саморегуляції представлені у табл. 2.7.

Середній загальний рівень саморегуляції у всіх пацієнтів був у межах середньої вираженості саморегуляції (24-32 бали). Окремі складові саморегуляції пацієнтів за шкалами планування, програмування, гнучкість, моделювання, самостійність також були у межах середніх значень (5-7 балів).

У хворих 1 групи рівні оцінки результатів статистично значимо були меншими у 1,5 разів порівняно із даними 2 групи, $p < 0,05$.

Таблиця 2.7

Рівні саморегуляції у пацієнтів із туберкульозом легень

Показники	1 група, n=12	2 група, n=33	p
Загальний рівень	27,7 ± 1,7	30,4 ± 1,3	>0,05
Планування	5,6 ± 0,5	6,4 ± 0,4	>0,05
Програмування	6,1 ± 0,5	5,8 ± 0,3	>0,05
Гнучкість	6,1 ± 1,1	7,0 ± 0,3	>0,05
Моделювання	5,3 ± 0,8	5,0 ± 0,5	>0,05
Оцінка результатів	3,9 ± 0,8	5,8 ± 0,5	<0,05
Самостійність	5,1 ± 0,7	5,8 ± 0,5	>0,05

При якісній оцінці результатів анкетування стилю саморегуляції визначили, що у хворих 1 групи низький загальний рівень саморегуляції поведінки був лише у 8,3 % пацієнтів, за окремими шкалами близько 5 – 12 % мали низькі рівні саморегуляції, тоді як за шкалою «оцінка результатів» 56,7 % пацієнтів мали низькі рівні саморегуляції, $p < 0,01$.

У хворих 2 групи низькі загальні рівні саморегуляції відзначалися у 6,3 % пацієнтів, низькі рівні за окремими шкалами мали від 0 до 11,1 % хворих.

Таким чином, середній загальний рівень саморегуляції у всіх пацієнтів був у межах середньої вираженості саморегуляції (24-32 бали). Окремі складові саморегуляції пацієнтів також були у межах середніх значень (5-7 балів). У хворих 1 групи рівні «оцінки результатів» статистично значимо були меншими

у 1,5 разів порівняно із даними 2 групи, $p < 0,05$; 56,7 % хворих 1 групи мали низькі рівні саморегуляції поведінки за шкалою «оцінка результатів», $p < 0,01$.

Кількісні значення балів за типи ставлення до захворювання у пацієнтів із туберкульозом легень представлені у табл. 2.8 та на рис. 2.3. У пацієнтів обох груп визначався змішаний тип ставлення до хвороби: ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний, $p < 0,05$.

Таблиця 2.8

Типи ставлення до захворювання у пацієнтів із туберкульозом легень

Типи ставлення до захворювання	1 група, n=12	2 група, n=33	p
Гармонічний (Г)	30,2 ± 4,4	24,4 ± 2,5	>0,05
Ергопатичний (Р)	28,5 ± 3,9	21,7 ± 1,6	<0,05
Анозогнозичний (З)	26,0 ± 3,5	19,9 ± 1,8	<0,05
Тривожний (Т)	16,5 ± 4,8	13,3 ± 2,6	>0,05
Іпохондричний (І)	14,5 ± 3,7	10,9 ± 1,7	>0,05
Неврастенічний (Н)	12,6 ± 3,7	12,5 ± 1,9	>0,05
Меланхолічний (М)	12,4 ± 3,6	7,0 ± 1,7	<0,05
Апатичний (А)	12,3 ± 3,8	7,8 ± 1,1	<0,05
Сенситивний (С)	22,7 ± 6,7	20,5 ± 3,0	>0,05
Егоцентричний (Е)	13,1 ± 3,0	9,5 ± 1,7	>0,05
Паранояльний (П)	8,5 ± 2,5	7,5 ± 1,5	>0,05
Дисфоричний (Д)	7,3 ± 2,7	5,7 ± 1,2	>0,05

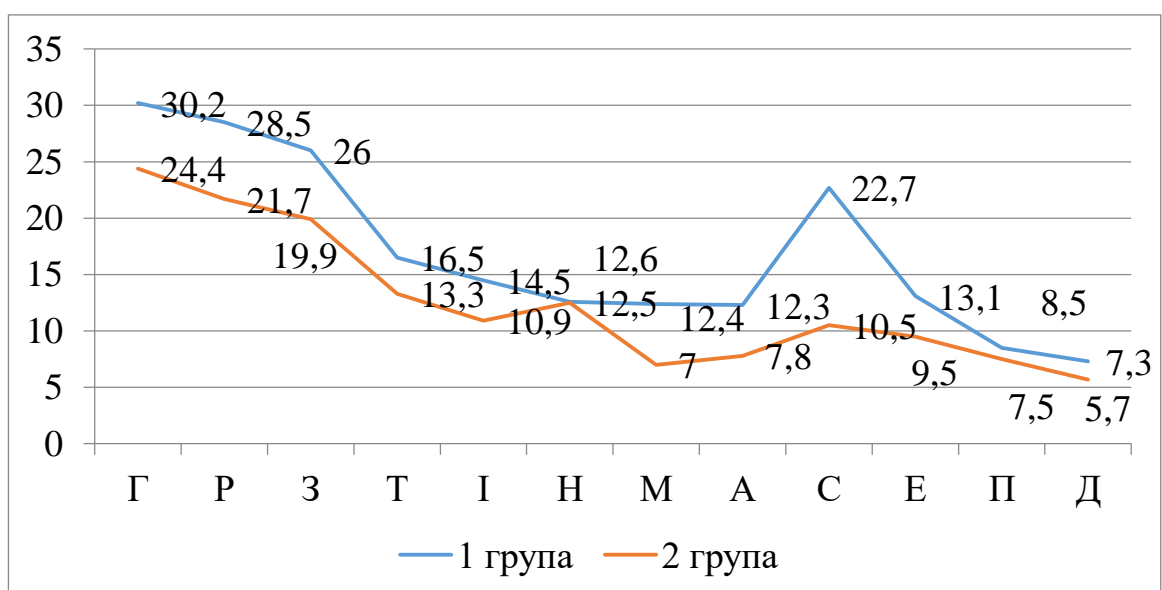


Рис. 2.3. Типи ставлення до захворювання пацієнтів із туберкульозом легень

При порівнянні груп між собою, встановили, що достовірно вищі бали мали хворі в оцінках ергопатичного, анозогнозичного, меланхолічного та апатичного типів, $p < 0,05$.

При якісній оцінці типів ставлення до захворювання визначили, що переважно у пацієнтів визначалися змішані (86 % у 1 групі та 74 % у 2 групі) або дифузні типи ставлення до захворювання (14 % у 1 групі та 14 % у 2 групі). У решти пацієнтів 2 групи визначалися ергопатичний чи сенситивний типи ставлення до захворювання. Серед варіантів, які зустрічалися у пацієнтів 1 групи: ергопатичний, анозогнозичний, сенситивний, тривожний, іпохондричний, меланхолічний. У пацієнтів 2 групи: ергопатичний, анозогнозичний, сенситивний, тривожний, іпохондричний, меланхолічний, неврастенічний, егоцентричний.

Таким чином, у пацієнтів обох груп визначався змішаний тип ставлення до хвороби: ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний, $p < 0,05$. При порівнянні груп між собою, встановили, що достовірно вищі бали мали хворі в оцінках ергопатичного, анозогнозичного, меланхолічного та апатичного типів, $p < 0,05$. Переважно у пацієнтів визначалися змішані (86 % у 1 групі та 74 % у 2 групі) або дифузні типи ставлення до захворювання (14 % у 1 групі та 14 % у 2 групі). У решти пацієнтів 2 групи визначалися ергопатичний чи сенситивний типи ставлення до захворювання.

2.3. Аналіз специфіки внутрішньої картини хвороби пацієнтів із туберкульозом легень

Особистісна складова.

Дослідження показало, що достовірно у пацієнтів із туберкульозом переважали гіпертимний та афективно-екзальтований типи акцентуацій. Тобто, тривале знаходження у стаціонарі для осіб із гіпертимним типом особистості може стати проблемним через обмеження активності, тому вони можуть

вступати у конфлікти із іншими пацієнтами, медперсоналом, порушувати режим лікування лише через свої особистісні характеристики.

Хворі із афективно-екзальтованим типом особистості мають лабільну психіку та надзвичайно емоційні. Інформація про захворювання, обстановка у відділенні, негативна клінічна динаміка, слова медперсоналу, особливо лікаря можуть призводити як до підвищеного настрою, так і до пригнічення. А ще через прив'язаність до обстановки, людей, для таких пацієнтів може стати проблемою необхідність переведення до іншого відділення за медичними показаннями (наприклад, до хірургічного відділення, до відділення хіміорезистентних форм туберкульозу при виявленні лікарської стійкості, тощо). Повідомлення лікаря про погані аналізи чи відсутність динаміки на рентгенограмі також можуть призвести до панічного стану, депресії лише через особистісні характеристики.

У пацієнтів, які тільки розпочали лікування достовірно вище значення мав дистимічний тип акцентуації. Такі хворі можуть стати «проблемними» для лікаря та медперсоналу, так як вони будуть тримати свої переживання при собі, не завжди будуть повідомляти лікарю про виникнення нових симптомів, інколи важливих для діагностики, оцінки переносимості хіміотерапії. Вони можуть замикатися «в собі» та стати об'єктом знущань для інших пацієнтів.

У 5 % пацієнтів 2 групи зустрічалася емотивна акцентуація. Вона дещо схожа на афективно-екзальтовану, проте пацієнти не настільки бурхливо будуть реагувати на інформацію, вони мають загострене почуття обов'язку, будуть схильні допомагати іншим пацієнтам у відділенні, проте також можуть тонко сприймати слова лікаря та іншого медперсоналу.

Таким чином, такі характерологічні характеристики пацієнтів можуть спричинити порушення комплаєнтності лікування або через конфліктність пацієнтів, їх небажання стаціонарного лікування, відриви від лікування (гіпертимний тип), або ж занадто виражені емоційні реакції на хворобу, медперсонал, лікаря, динаміку стану (афективно-екзальтований, емотивний типи), або ж замкнутість пацієнта (дистимічний тип).

Емоційна складова.

Достовірно більше значення реактивної тривоги у пацієнтів 2 групи можна пояснити тим, що хворі лише тільки розпочали лікування та їх відомо про наслідки даного захворювання, тривалість лікування, можливі побічні дії протитуберкульозних препаратів, у них могли виникнути труднощі при контакті із іншими пацієнтами в палатах, з медичним персоналом, тощо. Високі показники тривоги за шкалою HADS, а також велика частка пацієнтів 1 групи із тривогою та депресією за шкалою HADS у пацієнтів 1 групи може бути пов'язана із відсутністю позитивної динаміки лікування, поганою переносимістю препаратів деякими пацієнтами, необхідністю хірургічного втручання, появою стійкості до лікарських препаратів I ряду, тощо.

Відзначалася певна тенденція до того, що на початку захворювання у пацієнтів переважає ауто-агресія, з часом, навпаки – гетеро-агресія. Високі значення показника ауто-агресії може мати негативний вплив як на психічний стан пацієнта, так і на перебіг захворювання та прогноз лікування.

У більшості пацієнтів як 1 (76 %), так і 2 (56 %) груп визначалися тета та омега рівні страху. Відносно хвороби та лікування ці страхи можуть бути пов'язані із:

- втратою можливості попереднього соціально активного життя;
- стигмою такого захворювання, як туберкульоз;
- відстороненням членів родини та друзів від хворого;
- наявністю невирішених проблем у житті до моменту захворювання;
- тяжкістю захворювання;
- тривалістю лікування (від 6 до 18 місяців);
- токсичністю протитуберкульозних лікарських засобів, тощо.

Серед усіх видів страху достовірно більшим був страх смерті. До цього виду страху належить також страх перед хворобою та її наслідками. Зокрема, у пацієнтів, які тривало лікувалися та мали слабку динаміку, або її відсутність, це може бути страх смерті, інвалідності, хронічного туберкульозу, переходу на паліативне лікування, тощо.

Мотиваційно-вольова складова.

Низький рівень саморегуляції показали лише пацієнти 1 групи за шкалою «оцінка результатів». Маючи низькі показники за такою складовою саморегуляції пацієнт не помічає своїх помилок, не виправляє їх своїми діями. Суб'єктивні критерії успіху недостатньо стабільні, що призводить до різкого погіршення якості результатів із збільшенням обсягу роботи, погіршенні стану або виникненні зовнішніх труднощів. Пацієнти, які не вбачають необхідний результат лікування лікуються дуже довго. Нездатність організувати поведінку з урахуванням змін здоров'я, неможливість бачити результати лікування призводило до відсутності бажаного ефекту хіміотерапії.

Серед типів ставлення до хвороби у пацієнтів достовірно частіше визначалися ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний. Для ергопатичного типу ставлення характерні вибіркове ставлення до обстеження та лікування, завдяки насамперед бажанню, незважаючи на тяжкість захворювання, продовжувати роботу. Бажання підтримувати професійний статус та можливість продовження активної роботи в попередній якості за будь-яку ціну. Тобто такі хворі насамперед прагнуть повернутися до активного соціального життя.

Для анозогнозичного типу ставлення характерні тенденції розглядати симптоми захворювання як "несерйозні". У зв'язку з цим пацієнти можуть відмовлятися від медичного обстеження, дообстеження та лікування, мають прагнення «лікуватися своїми засобами», сподіваються, що «все буде, як буде». Може бути ейфорічна версія даного типу, хворі будуть мати необґрунтовано підвищений настрій, легковажно ставляться до захворювання та лікування, бажають продовжувати отримувати від життя все, що раніше, незважаючи на хворобу. Проблемаю може бути також те, що такі пацієнти схильні до порушень режиму та медичних рекомендацій, які негативно впливають на перебіг захворювання.

Для сенситивного типу ставлення характерні надмірна ранимість, вразливість, боязкість того, що інші відвернуться від них, як дізнаються про

хворобу. Страх стати тягарем для рідних через хворобу та страх того, що рідні будуть негативно до них ставитися. Часті зміни настрою, пов'язані переважно з міжособистісними контактами.

Тобто, у структурі типів ставлення до захворювання переважають адаптивні варіанти, проте є сенситивний тип, який належить до дезадаптивних. Ймовірно, це може бути пов'язано із особистісною складовою (наявність пацієнтів із афективно-екзальтованою та дистимічною акцентуаціями характеру).

Таким чином, для хворих на туберкульоз визначається наступна специфіка внутрішньої картини захворювання: переважаючі типи акцентуацій такі як гіпертимний та афективно-екзальтований; посередні значення тривоги та депресії, високі значення страху; переважно адаптивні типи ставлення до хвороби, проте зустрічаються пацієнти із дезадаптивними типами.

Для пацієнтів, які розпочали лікування особливістю є високий рівень реактивної тривоги, переважання ауто-агресії.

Для пацієнтів, які тривало лікуються та не мають динаміки особливостями є високі значення тривоги та депресії; переважання гетеро-агресії; високий рівень танатофобії; низький рівень саморегуляції за шкалою «оцінка результатів»; більш часті дезадаптивні типи ставленнями до хвороби.

РОЗДІЛ 3

ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБЛЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ ТА ЇЇ ОЦІНКА

3.1. Обґрунтування розроблення програми психокорекції для пацієнтів із туберкульозом легень

Враховуючи особистісну складову внутрішньої картини захворювання (тенденції до гіпертимної та афективно-екзальтованої акцентуацій характеру, у хворих, які розпочали лікування також тенденцію до акцентуації мав дистимічний тип), характерологічні характеристики пацієнтів можуть спричинити порушення комплаєнтності лікування або через конфліктність пацієнтів, їх небажання стаціонарного лікування, відриви від лікування (гіпертимний тип), або ж занадто виражені емоційні реакції на хворобу, медперсонал, лікаря, динаміку стану (афективно-екзальтований тип), або ж замкнутість пацієнта (дистимічний тип).

У більшості пацієнтів із туберкульозом легень помірно виражені реактивна та особистісна тривога, середні межові значення тривоги та депресії за шкалою HADS; переважає ауто-агресія; виражений рівень загального страху, у структурі якого переважає танатофобія. Емоційний стан пацієнтів, спричинений туберкульозом, або ж визначений особистісними характеристиками, матиме негативний вплив на подальший перебіг та прогноз захворювання.

Не дивлячись на те, що рівні саморегуляції були середніми у більшості пацієнтів, у 56,7 % хворих, які тривало лікувалися саморегуляція за показником «оцінка результатів» була низькою.

Тип ставлення до захворювання був переважно змішаний або дифузний, у частини пацієнтів у комбінації із дезадаптивними типами (сенситивний,

тривожний, меланхолічний, іпохондричний, неврастенічний, тощо). Це може впливати на комплаєнтність, змінювати прогноз лікування

Таким чином, враховуючи проведену оцінку особистісної, емоційної та мотиваційно-вольової складових внутрішньої картини захворювання туберкульоз встановлено, що для розроблення програми психокорекції необхідно:

- враховувати особистісні типи акцентуації пацієнта;
- враховувати ступінь саморегуляції хворого;
- рівні тривоги, депресії, агресії, страхів та їх структуру;
- сформований тип ставлення до захворювання;
- прагнення пацієнта змінити своє ставлення до захворювання.

3.2. Програма психокорекції

Назва

“Програма психологічної адаптації хворих на туберкульоз легень, які лікуються в умовах стаціонару”

Обґрунтування.

Туберкульоз являється інфекційним захворюванням, яке вражає переважно дихальні шляхи та у 40-50 % пацієнтів України супроводжується наявністю клінічних симптомів та бактеріовиділенням. Таким чином, хвора людина стає заразною для оточуючих, тому бажано лікуватися в умовах стаціонару.

Пацієнти із туберкульозом, які лікуються в стаціонарі потребують психологічної допомоги через:

- втрату можливості попереднього соціально активного життя;
- наявність стигми такого захворювання, як туберкульоз;
- відсторонення членів родини та друзів від хворого;
- наявність невирішених проблем у житті до моменту захворювання;

- факт госпіталізації у відділення, де знаходяться переважно малозабезпечені та асоціальні пацієнти;
- тяжкість захворювання;
- тривалість лікування (від 6 до 18 місяців);
- токсичність протитуберкульозних лікарських засобів;
- конфліктні ситуації із медперсоналом та іншими пацієнтами;

Все це зумовлює необхідність проведення психологічних консультацій пацієнтам стаціонару.

Мета — створити умови для психологічної адаптації хворих на туберкульоз легень під час стаціонарного лікування за рахунок оцінки внутрішньої картини захворювання та подальшого впливу на чуттєву, емоційну, когнітивну та поведінкову її складові.

Завдання:

1. Визначити тип особистості пацієнта, особливості його ставлення до захворювання, емоційну та вольову складові внутрішньої картини захворювання шляхом бесіди та анкетувань.

2. Визначити уразливих пацієнтів із урахуванням акцентуацій особистості; з вираженими рівнями тривоги, депресії, агресії, страху та із дезадаптивним типом ставлення до захворювання.

3. Проведення психокорекції.

Цільова аудиторія — хворі на туберкульоз легень, які лікуються у стаціонарі.

Діагностичний блок

Будуть оцінюватися особистісна, емоційна та вольова частини внутрішньої картини захворювання.

Методики:

Тест Леонгарда в модифікації Шмішека (оцінка особистісної складової ВКЗ)

Методика ТОБОЛ (оцінка відношення до захворювання)

Шкала HADS (оцінка депресії та тривоги, емоційна складова)

Шкала Спілбергера-Ханіна (оцінка особистісної та реактивної тривоги, емоційна складова)

Тест страхів Леві (вираженість страху та його структура, емоційна складова ВКЗ)

Тест Ільїна (агресія та аутоагресія, емоційна складова)

Тест саморегуляції Моросанової (оцінка саморегуляції та структура, вольова складова ВКЗ).

Проведення сесій

Індивідуальні зустрічі. Буде проведено 6-7 сесій, частота — 1 сесія на тиждень, тривалість 40-50 хвилин.

Зміст і структура сесій

1 сесія

Знайомство.

Матеріали — анкети, ручки, олівці.

Мета — знайомство та анкетування хворих.

Пацієнту за згодою пропонується заповнити анкети та пояснюється, як це зробити.

Міжсесійний період — аналізуються анкети, виявляються пацієнти, які мають акцентуації особистості, які сприятимуть зниженню комплаєнтності; дезадаптивні варіанти ставлення до захворювання; із вираженими тривогою, страхами, проявами агресії (ауто- чи гетеро), депресією (згідно шкали HADS), або пацієнти, які мали бажання працювати з психологом.

2-3 сесії

“Що я відчуваю та що я почуваю через туберкульоз”

Мета — оцінка та робота з почуттями та емоціями пацієнта, як складовими внутрішньої картини захворювання.

Матеріали — папір, олівці та фломастери, ручки.

Хід сесій

Пацієнту пропонується розповісти про себе (те, що він вважає необхідним, важливим), про те, як він захворів та чому, про своїх рідних. Акцентується увага хворого на тому, **ЩО САМЕ** він **ВІДЧУВАВ**, як захворів (конкретизувати симптоми), **ЩО ПОЧУВАВ**, як захворів. Що пацієнт **ВІДЧУВАЄ** зараз та що **ПОЧУВАЄ** зараз. Хворому пропонується намалювати те, що він почуває, або почував та обговорити малюнок. Чим можна доповнити малюнок після обговорення? Чому?

Хворому розповідається про ті симптоми, які можуть бути зумовлені захворюванням, його тяжкістю та як вони можуть, а як не можуть впливати на якість життя, на почуття пацієнта.

Пацієнту пропонується відслідковувати небажані для нього почуття, намагатися побачити їх причину (сварка з іншим пацієнтом, слова лікаря, які викликали тривогу, страх, тощо).

При виникненні індивідуальних ситуацій робота буде коригуватися відповідно до ситуації.

4-5 сесії

“Що я знаю про туберкульоз та як я відношусь до свого захворювання”

Мета — оцінка та робота з інтелектуальною та вольовою складовими внутрішньої картини захворювання.

Матеріали — папір, олівці та фломастери, ручки.

Хід сесій

Пацієнту пропонується розповісти про те, що він **ЗНАЄ** про туберкульоз (читав, чув від лікаря, родичів, інших пацієнтів, тощо). Як він **ВІДНОСИТЬСЯ**

до захворювання, яке місце туберкульозу у “внутрішньому всесвіті” пацієнта. Пропонується намалювати своє захворювання. Обговорити малюнок. Як можна його доповнити після обговорення?

Пацієнту розповідається про туберкульоз відповідно типу, клінічної форми, наявності бактеріовиділення, хіміорезистентності характерних для конкретного пацієнта.

Робиться акцент на тому, що **ЦЕ ЛІКУЄТЬСЯ**, важливо зазначити і про **ТРИВАЛЕ** лікування, про те, що після стабілізації стану та припинення бактеріовиділення пацієнт буде **ПРОДОВЖУВАТИ ЛІКУВАННЯ ВДОМА** та після вилікування **ПОВЕРНЕТЬСЯ** до роботи.

Важливо відзначити щодо тяжких пацієнтів — можливе залучення хірургічного лікування, сучасні адекватні схеми лікування туберкульозу.

Якщо пацієнт не прихильний до лікування — в'яснити причину (тяжкі побічні дії, не вірить, що хворий, тощо). Пояснити йому, що звинувачення медперсоналу (якщо немає інших причин) безпідставні, важливість довіри лікуючому лікарю, тощо.

Запропонувати пацієнту запитати у лікаря більш детально про своє захворювання, тощо.

При виникненні індивідуальних ситуацій робота буде коригуватися відповідно до ситуації.

6-7 сесії

“Що мені робити далі, як з цим жити”

Мета — оцінка та робота з усіма складовими внутрішньої картини захворювання.

Матеріали — папір, олівці та фломастери, ручки.

Хід сесій

Пацієнту пропонується визначитися із тим, чи **ЗМІНИЛОСЯ** його відношення до захворювання за останній місяць? Чому, на його думку? Що пацієнт тепер **ВІДЧУВАЄ**, **ПОЧУВАЄ**. З чим це пов'язано? Як бачить він своє **МАЙБУТНЄ**? Чи є щось позитивне/важливе/цінне для нього у даній ситуації?

Пропонується намалювати свої почуття, думки, майбутнє. Обговорити малюнок. Чи можна щось з цим зробити? Чи може пацієнт щось зробити для того, щоб змінити ситуацію? Як саме? Що може зробити для пришвидшення свого вилікування?

Якщо пацієнт адекватно оцінює своє захворювання та має адаптивний тип поведінки — **ЗРОБИТИ АКЦЕНТ на ВЕЛИКОМУ КРОЦІ** до вилікування.

Якщо ще тільки починає усвідомлювати тяжкість захворювання та адаптуватися — **ЗРОБИТИ АКЦЕНТ** на тому, що хворий має багато страхів, тривоги, агресії, тощо через **ХВОРОБУ**, але також і часто через **СВОЄ СТАВЛЕННЯ** до хвороби, і що треба намагатися із допомогою лікаря відмежовувати одне від іншого. Зробити акцент на тому, що **КОЖЕН ВИПАДОК** індивідуальний, тому тривалість лікування може бути різною.

Робити акцент пацієнтів на тому, **ЩО САМЕ ЗАРАЗ** допоможе покращити якість життя (книги, музика, малювання, поезія, тощо).

При виникненні індивідуальних ситуацій робота буде коригуватися відповідно до ситуації.

Примітка — при виявленні підозри на виразну депресію, суїцидальних думок, психотичної поведінки запропонувати пацієнту консультацію лікаря психіатра (за узгодженням з лікарем).

Аналіз ефективності програми

Критерії оцінки:

- висока прихильність до лікування (пацієнт не пропускає прийом лікарських засобів, обговорює з лікарем важливі питання);
- зменшення вираженості реактивної тривоги, депресії (повторне анкетування за анкетами Спілбергера-Ханіна, HADS);
- зміна відношення до захворювання на більш адаптивне (повторне анкетування ТОБОЛ).

Результати

Адаптація до змінених умов життя, зумовлених наявністю захворювання та тривалим перебуванням у стаціонарі;

Покращення комплаєнсу із лікарем та медперсоналом;

Підвищення ефективності лікування туберкульозу (припинення бактеріовиділення та загоєння деструкцій у легенях у більш ранні терміни).

3.3. Оцінка програми психокорекції

Серед пацієнтів, які згодилися працювати за програмою психокорекції було 6 хворих, які тільки розпочали лікування та 5 пацієнта, котрі отримували хіміотерапію понад 3 місяці.

2 пацієнти виписалися з лікарні до завершення програми психокорекції, тому напередодні виписки було проведено «завершальні сеанси» з подальшими рекомендаціями; 1 пацієнт самовільно покинув стаціонар та був виписаний за порушення режиму після 2 сеансів, тому в розрахунки брали 10 пацієнтів.

Серед цих 10 пацієнтів було 6 жінок та 4 чоловіка. Середній вік хворих складав $38,4 \pm 4,8$ років. 8 хворих мали нові випадки туберкульозу легень, 2 – рецидиви, 2 пацієнтів мали туберкульоз із множинною лікарською стійкістю. У 6 хворих був дисемінований туберкульоз легень, у 3 – інфільтративний із засівом, у 1 - вогнищевий. У 9 пацієнтів були деструкції в легенях.

Особистісна складова. У 2 пацієнтів визначалися акцентуації – гіпертимний та афективно-екзальтований, у 8 – змішаний тип акцентуацій (тенденції до акцентуацій мали гіпертимний, емотивний, афективно-екзальтований, тривожно-боязкий, застрягаючий неврівноважений типи).

Емоційна складова. Високі рівні реактивної тривоги мали 8 пацієнтів, особистісної – 6, виразна тривога за шкалою HADS визначалася у 9 пацієнтів, депресія – у 4. Високі значення рівнів агресії були у 3 пацієнтів, переважання ауто-агресії – у 7 хворих. Рівні страху тета-тривожний були у 6 хворих, у 2 – омега-боязкий. У структурі переважали (з високим значенням): танатофобія – 5

пацієнтів, страх долі, майбутнього – 3, містичний страх – 2, екзистенційний страх – 2.

Мотиваційно-вольова складова. Переважна кількість хворих мала середні значення ступеню саморегуляції (9 пацієнтів), у 1 хворої він був високим. Низькі рівні саморегуляції визначалися за шкалами: «оцінка результатів» - 3 пацієнтів, «гнучкість» – 2 хворих, «саможиттєвість» - 2 пацієнтів.

У 2 пацієнтів визначався сенситивний тип ставлення до захворювання, у 7 змішаний (переважали сенситивний, ергопатичний, анозогнозичний, тривожний, меланхолічний, неврастенічний, іпохондричний). У 1 пацієнта був дифузний тип ставлення.

Динаміка показників тривоги та депресії представлена у табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Рівні тривоги та депресії у пацієнтів із туберкульозом легень

в динаміці

Показники із вираженими значеннями	На початку	По завершенні програми	p
Реактивна тривога	56,7 ± 3,9	38,6 ± 3,1	<0,05
Тривога за HADS	11,8 ± 2,5	6,9 ± 2,3	<0,05
Депресія	9,7 ± 1,9	6,5 ± 1,3	>0,05

У пацієнтів в динаміці визначалося достовірне зниження рівнів реактивної тривоги на 31,9 %, $p < 0,05$ та тривоги за шкалою HADS на 41,5 %, $p < 0,05$, відзначалося зменшення рівнів депресії за шкалою HADS, проте динаміка була не достовірною, $p > 0,05$.

Типи ставлення до захворювання в динаміці представлені в табл. 3.10. У пацієнтів на початку лікування визначалися тривожний, іпохондричний та сенситивний типи ставлення до захворювання, що відображало дезадаптаційний варіант ставлення до туберкульозу. В динаміці переважали ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний, що свідчило про зростання адаптації у пацієнтів протягом участі у програмі психокорекції. Також в

динаміці зменшилися значення тривожного типу у 2,1 рази, $p < 0,05$; іпохондричного у 2,2 рази, $p < 0,05$; сенситивного у 1,4 рази, $p < 0,05$.

Таблиця 3.10

**Типи ставлення до захворювання у пацієнтів із туберкульозом легень
в динаміці**

Типи ставлення до захворювання	На початку	По завершенні програми	p
Гармонічний (Г)	23,2 ± 3,7	22,1 ± 2,9	>0,05
Ергопатичний (Р)	24,4 ± 2,8	28,4 ± 2,1	>0,05
Анозогнозичний (З)	26,4 ± 3,6	25,9 ± 2,7	>0,05
Тривожний (Т)	37,3 ± 4,8	17,4 ± 1,8	<0,05
Іпохондричний (І)	29,6 ± 4,1	13,6 ± 2,9	<0,05
Неврастенічний (Н)	17,5 ± 3,2	13,4 ± 2,3	>0,05
Меланхолічний (М)	14,3 ± 3,8	10,2 ± 1,9	>0,05
Апатичний (А)	10,1 ± 2,9	11,3 ± 2,6	>0,05
Сенситивний (С)	32,5 ± 5,4	23,7 ± 3,2	<0,05
Егоцентричний (Е)	14,1 ± 2,2	11,1 ± 2,3	>0,05
Паранояльний (П)	9,7 ± 1,3	9,7 ± 1,8	>0,05
Дисфоричний (Д)	2,9 ± 2,4	6,2 ± 1,2	>0,05

Серед 10 пацієнтів жоден не припинив лікування, серед хворих, які лікувалися понад 3 місяці 2 пацієнти визнали необхідність та згодилися на хірургічне втручання й були переведені до хірургічного відділення (останні 2 сеанси виконувалися вже у іншому відділенні).

Таким чином, застосування програми психокорекції сприяло зниженню рівнів реактивної тривоги на 31,9 %, $p < 0,05$ та тривоги за шкалою HADS на 41,5 %, $p < 0,05$, відзначалося зменшення рівнів депресії за шкалою HADS, проте динаміка була не достовірною, $p > 0,05$. У пацієнтів на початку лікування визначалися тривожний, іпохондричний та сенситивний типи ставлення до захворювання, що відображало дезадаптаційний варіант ставлення до туберкульозу. В динаміці переважали ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний, що свідчило про зростання адаптації у пацієнтів протягом участі у програмі психокорекції. Також в динаміці зменшилися значення тривожного типу у 2,1 рази, $p < 0,05$; іпохондричного у 2,2 рази, $p < 0,05$; сенситивного у 1,4

рази, $p < 0,05$. Серед 10 пацієнтів жоден не припинив лікування, серед хворих, які лікувалися понад 3 місяці 2 пацієнти визнали необхідність та згодилися на хірургічне втручання.

ВИСНОВКИ

1. В результаті патоморфозу перебіг туберкульозу легень змінився за останні роки та продовжує змінюватися. Це спричинює виникненню нової внутрішньої картини захворювання. Дотепер автори оцінювали переважно окремі аспекти внутрішньої картини захворювання (тривога та депресія, ставлення до захворювання) та лише при певних клінічних формах або типах туберкульозного процесу, не вказуючи на те, як довго пацієнти лікувалися та чи мало це вплив на внутрішню картину захворювання. Зарубіжні та вітчизняні психологи роблять акцент на доцільності психокорекції за допомогою різноманітних підходів та вправ, які націлені на різні складові внутрішньої картини захворювання туберкульоз.

2. В особистісній складовій внутрішньої картини хвороби гіпертимні та афективно-екзальтовані акцентуації характеру визначалися майже у 1/3 хворих 1 групи (28,6 %, $p < 0,05$) та у кожного п'ятого пацієнта 2 групи (22,2 %, $p < 0,05$).

3. В емоційній складовій внутрішньої картини хвороби тривога, оцінена за анкетною HADS достовірно вище значення мала у хворих 1 групи у 1,4 рази, $p < 0,05$, а реактивна тривога, оцінена за шкалою Спілбергера-Ханіна, у 1,1 рази вище у пацієнтів 2 групи, $p < 0,05$. Частка пацієнтів із тривогою за анкетною HADS у 4 рази, а з депресією у 3,6 разів була більшою у хворих 1 групи, порівняно із часткою хворих 2 групи, $p < 0,05$. У хворих на туберкульоз середні значення ауто-агресії були вищими у хворих 2 групи у 1,3 рази порівняно із значеннями 1 групи, $p < 0,05$. Частка хворих 1 групи, у яких рівень ауто-агресії сягав понад 7 та перевищував суттєво значення гетеро-агресії становила 16,7 %, у 2 групі вона становила 34,6 %, $p < 0,05$. Загальний середній рівень страху у всіх хворих належав до тета тривожного рівню. У пацієнтів 1 групи страх смерті у 1,4 рази перевищував показник 2 групи, $p < 0,05$. Тета та омега рівні страху визначалися у 76 % хворих 1 групи та у 56 % пацієнтів 2 групи, омега рівень був у 57 % хворих 1 групи та у 37,5 % пацієнтів 2 групи.

4. Мотиваційно-вольова складова внутрішньої картини хвороби визначалася рівнем саморегуляції, який був у межах середньої вираженості, а у 56,7 % хворих 1 групи мав низькі значення за шкалою «оцінка результатів», $p < 0,01$, та типом ставлення до захворювання. У пацієнтів обох груп визначався змішаний тип ставлення до хвороби: ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний, $p < 0,05$. У структурі типів ставлення до захворювання переважають адаптивні варіанти, проте є сенситивний тип, який належить до дезадаптивних. Переважно у пацієнтів визначалися змішані (86 % у 1 групі та 74 % у 2 групі) або дифузні типи ставлення до захворювання (14 % у 1 групі та 14 % у 2 групі). У решти пацієнтів 2 групи визначалися ергопатичний чи сенситивний типи ставлення до захворювання.

5. Уразливим пацієнтам із урахуванням акцентуацій особистості; з вираженими рівнями тривоги, депресії, агресії, страху та із дезадаптивним типом ставлення до захворювання пропонується програма психокорекції.

6. Застосування програми психокорекції сприяло зниженню рівнів реактивної тривоги на 31,9 %, $p < 0,05$ та тривоги за шкалою HADS на 41,5 %, $p < 0,05$, відзначалося зменшення рівнів депресії за шкалою HADS, проте динаміка була не достовірною, $p > 0,05$. У пацієнтів на початку лікування визначалися тривожний, іпохондричний та сенситивний типи ставлення до захворювання, що відображало дезадаптаційний варіант ставлення до туберкульозу. В динаміці переважали ергопатичний, анозогнозичний та сенситивний, що свідчило про зростання адаптації у пацієнтів протягом участі у програмі психокорекції. Також в динаміці зменшилися значення тривожного типу у 2,1 рази, $p < 0,05$; іпохондричного у 2,2 рази, $p < 0,05$; сенситивного у 1,4 рази, $p < 0,05$. Серед 10 пацієнтів жоден не припинив лікування, серед хворих, які лікувалися понад 3 місяці 2 пацієнти визнали необхідність та згодилися на хірургічне втручання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гупаловська В. А. Особливості внутрішньої картини хвороби пацієнтів із набутими захворюваннями зору / В.А. Гупаловська, О.О. Очеретна. *Медична психологія*. 2013, 2013, 3. С. 20-24.

2. Поліщук О.Т. Психологічні особливості особистості та внутрішня картина захворювання у пацієнтів з різними видами порушення ритму серця / О.Т. Поліщук, Амеліна, Жиряда Н. *Буковинський медичний вісник*. 25.2 (98). (2021). С. 96-102.

3. Храмцова В.В. Особистісні предиспозиції та внутрішня картина хвороби інвалідів унаслідок захворювань гепатобіліарної системи та підшлункової залози / В.В. Храмцова, С.С. Паніна, Н.О. Гондуленко. *Український вісник медико-соціальної експертизи* 4.18 (2015). С. 29-33.

4. Хаустова О.О. Особливості внутрішньої картини хвороби у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями / Хаустова О.О., Бушинська О.В., К.І. Тарновецька. *Архів психіатрії*. 19. № 3 (2013). С. 131-131.

5. Динаміка інфраструктури протитуберкульозної служби в Україні за період виконання «Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» / В.М. Мельник [та ін.]. *Укр. пульмонологічний журнал*. 2019. № 2. С. 33-36.

6. Дужий І.Д. Порівняння ефективності лікування хворих на туберкульоз легень в умовах реорганізації фтизіатричної служби / І.Д. Дужий, Г.П. Олещенко. *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ інфекція*. 2020. № 2 (41). С. 37-44.

7. Treatment of isoniazid-resistant tuberculosis with first-line drugs: a systematic review and meta-analysis / M. Gegia [et al.]. *Lancet Infectious diseases*. 2017. Vol. 17, Iss. 2. P. 223-234.

8. Zenebe T. Tuberculosis treatment outcome and associated factors among smear-positive pulmonary tuberculosis, patients in Afar, Eastern Ethiopia: a retro-

spective study / T. Zenebe, E. Tefera. *Brazilian journal of infectious diseases*. 2016. Vol. 20, Iss. 6. P. 635-636.

9. Мельник В.М. Причини неефективного лікування хворих на туберкульоз легень / В.М. Мельник, І.О. Новожилова, В.Г. Матусевич. *Український пульмонологічний журнал*. 2020. № 1. С. 5–9.

10. Мельник В.М. Проблема низької ефективності лікування хворих на туберкульоз легень / В.М. Мельник, І.О. Новожилова, В.Г. Матусевич. *Український пульмонологічний журнал*. 2019. № 1. С. 25–32.

11. Патоморфоз туберкульозу – реалії сьогодення, хіміорезистентність, як ознака прогресування / Ю.І. Фещенко, Л.Д. Тодоріко, М.М. Кужко, М.І. Гуменюк. *Український пульмонологічний журнал*. 2018. № 2. С. 6-10.

12. Фещенко Ю.І. Сучасні тенденції вивчення проблем туберкульозу. *Український пульмонологічний журнал*. 2019. № 1. С. 8-24.

13. Валецький Ю. М. Психологічні особливості та психоневротичні розлади у хворих на туберкульоз легенів / Ю.М. Валецький. *Журнал клінічних та експериментальних досліджень: електронне періодичне видання СумДУ*. 2015. №4. С. 366–372. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/42089>.

14. Social, Economic, and Psychological Impacts of MDR-TB Treatment in Tijuana, Mexico: A Patient's Perspective / Morris DM, Quezada L, Bhat P, Moser K, Smith J, Perez H, et al. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013. 17(7). P. 954–960.

15. Psycho-socio-economic issues challenging multidrug resistant tuberculosis patients: a systematic review / Thomas, Beena Elizabeth, et al. *PloS one* 11.1 (2016): e0147397.

16. Бондаревич С.М. Аналіз ролі психологічних особливостей та відношення до хвороби особистості у психогенезі формування туберкульозу / С.М. Бондаревич, О.А. Діколь-Кобріна, З.А. Крохмаль. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Т.33972), № 3. С. 1-9.

17. Pshuk N.G. Особливості внутрішньої картини хвороби у хворих на професійну патологію органів дихання та периферичної нервової системи / N.G.

Pshuk, O.O. Belov. *Reports of Vinnytsia National Medical University*. 2015. № 19.2. С. 391-393.

18. Сакальська О.П., А.Г. Гусєв. Вплив особливостей функціонування емоційної сфери особистості на ставлення до хвороби у пацієнтів з туберкульозом / О.П. Сакальська, А.Г. Гусєв. *Збірник затверджено рішенням вченої ради Навчально-наукового інституту менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти»*. 2022. С. 207-212.

19. Lara-Espinosa. Psychiatric problems in pulmonary tuberculosis: depression and anxiety / Lara-Espinosa, V. Jacqueline, Rogelio Hernández-Pando. *Journal of Tuberculosis Research*. 2021. № 9.01. P. 31.

20. Rizvi, Nadeem. Frequency of depression and anxiety among tuberculosis patients / Rizvi, Nadeem. *Journal of Tuberculosis Research*. 2016. Vol. 4.04. P. 183.

21. Health-related quality of life, depression and anxiety in hospitalized patients with tuberculosis / Dos Santos, Ana Paula Cere, Tássia Kirchmann Lazzari, Denise Rossato Silva. *Tuberculosis and respiratory diseases*. 2017. Vol. 80.1. P. 69-76.

22. Interventions to improve adherence to tuberculosis treatment: systematic review and meta-analysis / A.M. Müller et al. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2018: Vol. 22.7. P. 731-740.

23. Psychotherapy improves compliance with tuberculosis treatment / A.K. Janmeja et al. *Respiration*. 2005. Vol. 72.4. P. 375-380.

24. Оптимальні методики психологічної підтримки у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень та їхній вплив на прихильність до лікування / Н.А. Литвиненко та ін. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2021. № 1. С. 67-75.

25. Сенько Ю.О. Психологічний супровід пацієнтів, хворих на мультирезистентний туберкульоз легень. *Український пульмонологічний журнал*. 2019. № 1. С. 71-74.

26. Соціально-психологічні аспекти лікування хворих на туберкульоз на стаціонарному етапі / G.P. Oleshchenko et al. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2019. № 4. С. 30-35.

27. Мельник В.М. Психологічна допомога хворим на туберкульоз / В.М. Мельник, І.О. Новожилова, В.Г. Матусевич. *Український пульмонологічний журнал*. 2019. № 2. С. 63-71.

28. Кирильчук І.В. Особливості роботи над професійно-орієнтованим завданням з курсу “Психологія управління” / І.В. Кирильчук, В.В. Кириченко. 2012. С. 211-242.

29. Лінська К.І. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілбергера-Ханіна. *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27, Вип 1 (98). С. 46-56.

30. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer / J. Tim Hartung et al. *Cancer*. 2017. Vol. 123.21. P. 4236-4243.

31. Мусаелян О.М. Психологічні особливості запобігання аутоагресивній поведінці студентської молоді / *Інститут психології імені ГС Костюка НАПН України*. Київ, 2018. 242 с.

32. Ластік Ю.К. Особливості моделювання дослідження диференційованих форм страху у хворих на ендокринні захворювання. *Моделювання та інформаційні технології*. 2010. С. 64-67.

33. Шуть І.Ю. Саморегуляція як фактор ефективності навчання студентів в умовах дистанційної освіти. Дипломна робота на здобуття ступеня магістра спеціальності "Психологія". Національний авіаційний університет. Київ, 2021. 98 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Список опублікованих праць Ясінського Р.М.

1. Ясінський Р.М. Відношення до хвороби у пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом легень із різною поширеністю туберкульозу. Science and industry. Abstracts of XXXIV International Scientific and practical conference. Germany, Berlin. 1-2 червня 2022. С. 177-179.
2. Ясінський Р.М. Відношення до хвороби у пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом легень із різними результатами лікування туберкульозу. Збірник наукових матеріалів ХСІ міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Літні наукові читання – 2022. 6 червня 2022 року, м. Рівне. С. 531-534.