

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**ДИПЛОМНА РОБОТА:
«ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСОБИСТОСТІ НА
РІВЕНЬ ПІКЛУВАННЯ ПРО ВЛАСНЕ ЗДОРОВ'Я У ЛЮДЕЙ З
ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ»
на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр»
з напрямку 053 «Психологія»**

студента ОКР «магістр»

Яхнівського Максима Володимировича

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, асистент кафедри

Вавілова Альона Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол № _____ від _____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

доктор психологічних наук, професор

Крупельницька Людмила Францівна

КИЇВ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	4
 РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ ПІКЛУВАННЯ ПРО ВЛАСНЕ ЗДОРОВ'Я І ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСОБИСТОСТІ У ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	
1.1. Аналіз загальних положень щодо психологічного стану осіб з хронічними соматичними захворюваннями.....	7
1.2. Актуальний стан дослідження психологічних особливостей осіб з цукровим діабетом.....	13
1.3. Специфіка осіб з цукровим діабетом I та II типів в контексті даного дослідження.....	17
1.4. Діабетичний дистрес.....	19
1.4.1. Тривожні та депресивні розлади при діабеті.....	22
1.4.2. Розлади сну та їхні психологічні передумови.....	28
1.5. Значення догляду та самообслуговування при діабеті.....	29
Висновки до розділу I	32
 РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСОБИСТОСТІ НА РІВЕНЬ ПІКЛУВАННЯ ПРО ВЛАСНЕ ЗДОРОВ'Я У ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ I ТИПУ	
2.1. Процедура та методи емпіричного дослідження.....	37
2.1.1. Етапи емпіричного дослідження та загальна характеристика вибірки досліджуваних.....	37
2.1.2. Пілотажне дослідження потреб людей з цукровим діабетом.....	40
2.1.3. Обґрунтування методів емпіричного дослідження.....	43
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	45

2.2.1. Аналіз психологічних та медичних характеристик досліджуваних з цукровим діабетом І типу.....	45
2.2.2. Аналіз впливу психологічних характеристик на рівень піклування про власне здоров'я в осіб з діабетом І типу.....	59
Перспективи подальших досліджень.....	68
Висновки до розділу II.....	69
РОЗДІЛ III. СИСТЕМА РЕКОМЕНДАЦІЙ ДЛЯ ПРЕВЕНЦІЇ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА ЗАДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПІКЛУВАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ	
3.1. Теоретичне та емпіричне обґрунтування розробленої системи рекомендацій.....	72
3.2. Система рекомендацій для превенції негативних наслідків психологічних проявів та задля підвищення рівня піклування про здоров'я.....	73
3.2.1. Рекомендації для людей з цукровим діабетом.....	73
3.2.2. Рекомендації для найближчого оточення людей з цукровим діабетом....	78
3.2.3. Рекомендації для медичних працівників та системи охорони здоров'я... 82	
3.3. Обмеження програм впливу.....	88
Висновки до розділу III.....	89
ВИСНОВКИ.....	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	98

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Наразі кількість людей, що живуть з цукровим діабетом, лише збільшується по причині наявності ефективної підтримуючої терапії, а отже, результати проведених досліджень все частіше можуть бути використані при роботі медичного працівника, психолога-консультанта чи психотерапевта.

Попри існування ефективного та досить доступного лікування в нашій країні смертність від ускладнень цукрового діабету вже багато років тримається на перших позиціях в топах. Загальносвітова статистика є аналогічною. Дане дослідження може дещо прояснити ситуацію з тим, чому так відбувається.

Вивченням питань, яких стосується дана робота займалися К. J. Smith, D. Wild, L. Fisher, R. Richard, A. D. Monzon, G. C. Macaulay, S. L. Norris. Серед українських дослідників це питання розглядалося В. Паньків, Н. Чернусь, М. Янків.

Маловивченими, на наш погляд, залишаються питання, пов'язані з емоційною регуляцією і взаєминами з оточуючими. Також питання, пов'язані з психологічним станом осіб з цукровим діабетом, є мало розкритим для вітчизняної вибірки.

Мета дослідження: виявити вплив психологічних характеристик особистості на рівень піклування про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом I типу.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати проблему в науковій літературі, виділити актуальний стан дослідження;
2. Проаналізувати результати пілотажного дослідження з уточненням потреб осіб з цукровим діабетом;
3. З'ясувати зв'язки між досліджуваними психологічними особливостями та рівнем догляду пацієнта за станом власного здоров'я;

4. Сформулювати практичні рекомендації для психологів, медичних працівників, найближчого оточення та осіб з цукровим діабетом, що мають покращити якість життя останніх та ефективність роботи перших і других.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості людей з цукровим діабетом.

Предмет дослідження – вплив психологічних характеристик особистості на рівень піклування про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом I типу.

Методи дослідження. У дослідженні було використано теоретичні методи (аналіз, синтез, узагальнення наукової інформації), емпіричні методи (PERMA-Профайлер, GAD-7, Brief-COPE, Локус контролю здоров'я), статистичні методи (лінійна регресія, кореляційний аналіз).

Усі наведені методики мають україномовні адаптації, які і використовуються в рамках даної роботи.

Також перед кількісним дослідженням, з метою уточнення напрямку емпіричного дослідження, було проведено якісний збір інформації щодо потреб нашої категорії досліджуваних у кількості 28 осіб.

Бази дослідження: тематичні онлайн-медіа та пацієнти діабетологічного відділення Київського ендокринологічного центру в м. Київ.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження обумовлена уточненням для української вибірки значимості впливу взаємин з оточуючими, переживання позитивних емоцій, уміння справлятися з негативними переживаннями та орієнтації на вирішення проблеми на рівень турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом I типу.

Практичне значення полягає в тому, що отримані результати можуть бути застосовані як при роботі психолога, так і при роботі медичного працівника, що складає план лікування пацієнта, контактує з ним та інформує про лікування і обстеження. Розуміння ж результатів може бути цінним надбанням для людини з

цукровим діабетом або ж для її близького оточення, даючи змогу краще розуміти ті чи інші обставини, з якими люди з цукровим діабетом стикаються.

Результати дослідження можуть вилитися в розробку психологічних матеріалів для людей з цукровим діабетом та їхнього найближчого оточення. Це особливо актуально у зв'язку з тим, що медики мають масу інших обов'язків, окрім підтримання психологічного добробуту пацієнтів, а необхідні дії цілком можуть бути виконані і людьми без спеціальної (медичної, психологічної і т. п.) підготовки.

Дане дослідження може вилитися в подальший розгляд впливу психологічних факторів на розгортання й інших захворювань. Цукровий діабет є гарним предметом для проби пера.

Підсумовуючи усе вище зазначене, варто відзначити практичну спрямованість потенційного дослідження на покращення як психологічного, так і фізичного стану людей з цукровим діабетом. Дане дослідження може бути містком між психологічною та медичною наукою, що співпрацюють задля забезпечення добробуту населення нашої країни.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСОБИСТОСТІ НА РІВЕНЬ У ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

1.1. Аналіз загальних положень щодо психологічного стану осіб з хронічними соматичними захворюваннями

Соматичні захворювання є предметом розгляду психології. Це вкрай складна та багатогранна тема, а тому варто визнати, що в багатьох аспектах вона є малодослідженою та вимагає більшого вливання зусиль психологічної спільноти.

На проблематику розгляду соматичних захворювань в психологічній парадигмі впливає те, що задля врахування усіх важливих факторів необхідний певний рівень занурення в медичну сторону питання, співпраця з медичними працівниками чи біологами і фізіологами.

Є переконливі дані про те, що адаптація до соматичних хронічних захворювань має вкрай індивідуальний характер і залежить від культурного, соціального, гендерного аспектів. Це можна пов'язати з потребою комплексної перебудови власного побуту в багатьох сферах життя [12].

Разом з перебудовою звичок ми можемо очікувати і перебудову цінностей особистості, зміну цілей, життєвих орієнтирів і інших вищих психічних надбудов.

Піддаючись впливу захворювання, досить природно відчувати стрес та пов'язані з ним переживання. Проте гострий і хронічний вплив стресу можуть порушити оптимальну нейроендокринну реактивність, що призводить до підвищеної вразливості організму до стресових факторів, таким чином, опосередковуючи підвищений ризик психічної та соматичної захворюваності [8].

Відповідно до цих даних, хронічні захворювання, за умови непродуктивної психологічної адаптації, можуть прямо чи опосередковано ставати причиною

хронічного стресу, який, в свою чергу, може погіршувати протікання захворювання [8, 20, 52].

Попри те, що здебільшого це провокує дистрес і порушення життєдіяльності, частина осіб з нововиявленими хронічними захворюваннями показують позитивну адаптацію до нових умов життя [12]. Це свідчить про неоднорідність пристосування, велике значення індивідуальності у процесі адаптації. Серед інших можна виділити деякі фактори, які впливають на індивідуальність в даному контексті: культурна приналежність, гендерна самоідентифікація, специфіка соціальної ситуації.

Особистісні цінності і копінг-стратегії є вкрай бажаними темами для дослідження в сфері роботи психолога з людьми, які мають соматичні захворювання, адже реальне розкриття деталей закономірностей мислення людей з хронічними захворюваннями дало б змогу виділити найкращі практики і зайнятися створенням психологічних програм з роботи з даною категорією населення. Наукове дослідження подібних характеристик обмежується проблемами в концептуалізації і вимірюванні, адже заходячи на територію особистісних сенсів і способів подолання труднощів, доводиться мати справу з суб'єктивним внутрішнім світом особистості, проте деякі дані з цього приводу існують [14]. Найбільш ефективно з такими задачами справляються якісні дослідження [21]. Згідно з наведеним посиланням, людьми, які мали кілька хронічних захворювань одночасно, було виділено шість сфер в житті, які, на їхню думку, найважливіші для здоров'я і благополуччя: принципи (стандарти або чесноти, за якими потрібно жити, включаючи прагнення (наприклад, духовність, незалежність, правда)), стосунки (зв'язки з іншими (наприклад, сім'єю, друзями, спільнотою)), емоції (почуття або настрої; стани буття, які є особистими, втіленими або емпіричними (наприклад, досягнення, комфорт, спокій)), діяльність (заняття, речі, які люди роблять для роботи чи відпочинку (наприклад, читання, садівництво, догляд за собою)), здібності (фізичні або розумові здібності або навички (наприклад, кмітливість розуму, мобільність, бачення, навички вирішення проблем)) та

власність (матеріальні речі, які зберігаються, належать або цінуються, включно з приміщеннями (наприклад, комп'ютер, власний автомобіль, дім, дерев'яна майстерня)).

Перешкоду для систематичних та масових досліджень у сфері психології соматичних захворювань є й переважна важкодоступність респондентів для проведення дослідження. Це пов'язано із тим, що інформація про стан здоров'я окремих людей чи населення загалом вимагає особливих прав доступу до документації лікувальних установ чи інформації від установ уряду. Серед інших причин вибору саме діабету в якості предмету даного дослідження виступає і відносна доступність даної групи респондентів для проведення опитувань та збору інформації.

Для деяких захворювань також спостерігається низький рівень діагностики у нашій країні, що перешкоджає дотриманню повної валідності дослідження [4]. Для цукрового діабету також мається статистика щодо досить низького рівня діагностики (50% випадків не діагностується) [33]. Це означає, що в результаті багатьох досліджень, подібних до нашого, які стосувалися цукрового діабету II типу, не враховані випадки захворювання низького ступеню прояву, з яким люди мають змогу продовжувати відносно повноцінне життя та не підпадають під категорію таких, що потребують термінового медичного втручання.

Також варто зазначити, що для багатьох захворювань характерне переважання старших вікових груп населення серед хворих, що в українських реаліях, варто визнати, пов'язано з більш скептичним ставленням до різного роду психологічних досліджень серед цих людей і, відповідно, труднощами залучення респондентів до процедур збору інформації.

Проте люди старшого віку з соматичними захворюваннями також потребують якісної діагностики та психологічної підтримки. Корейське дослідження серед людей похилого віку показало, що близько чверті досліджуваних мають думки про самогубство. Найчастіші захворювання у цій

вибірці виявилися такими: гіпертонія, артрит, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, астма, інсульт, захворювання щитовидної залози, рак і ниркова недостатність. Серед усіх захворювань найбільший зв'язок з суїцидальними думками виявили ниркова недостатність і артрит. Серед наслідків наявності хвороби найбільше сприяли думкам про самогубство обмеження у звичній діяльності та сильний біль [70]. Важливо також зазначити, що Корейська вибірка виявилася відмінною від європейської за деякими показниками. Наприклад, для європейської вибірки зафіксовано поширеність суїцидальних думок на рівні близько 6% на противагу 25% у корейської вибірки. Це можна пов'язати з культурними особливостями і відношенням до смерті у різних культурах. Традиційний для Кореї буддизм постулює дещо відмінне ставлення до самогубства, порівняно з європейською культурою. Таким чином, культурні особливості можуть мати вплив на результати досліджень, які стосуються психологічних аспектів переживання соматичних захворювань.

Серед підлітків виявлено більшу схильність до самогубств, суїцидальних думок та проявів депресії на тлі хронічного та рецидивуючого болю [39]. Отже такі закономірності є характерними не лише для людей старшого віку. Також в наведеній роботі показано позитивний зв'язок між тривалістю болю та ступенем прояву суїцидальності і депресивності. Такі підлітки виявилися більш схильними до передозування та самоушкодження, що, вірогідно, також може бути проявом суїцидальної поведінки.

Цікавими є результати дослідження 2020 року, яке показало вплив самотності та соціальної ізоляції на виникнення та протікання серцево-судинних захворювань [40]. Цікаво також, що самотність та соціальна ізоляція в рамках наведеного дослідження не мали синергічного ефекту. Виявлені зв'язки можуть бути пояснені психологічними та поведінковими факторами. Таким чином, самотність та ізоляція, терміни психологічного характеру, можуть бути факторами, які мають значний вплив на протікання соматичних захворювань.

Люди із захворюваннями дихальних шляхів, такими як астма і хронічне обструктивне захворювання легень, мають підвищену схильність до прояву симптомів депресії (31.5%), посттравматичного стресу (11.3%), високого сприйняття стресу (10.6%), безсоння (57.7%). Особливо такі прояви загострюються на тлі пандемії респіраторних захворювань [38]. Окрім цього, існують достовірні докази більшої розповсюдженості тривоги та депресії у пацієнтів з астмою [18, 28].

Така поширеність симптомів тривоги та коморбідних їй станів може бути пов'язана з суб'єктивним передчуттям загострення хвороби. Самі ж загострення астми пов'язані із труднощами дихання, що передбачувано може викликати відчуття тривоги та страху.

Також можна стверджувати і про те, що хронічний стрес при астмі сприяє збільшенню запального процесу і, відповідно, загостренню проявів хвороби та перегляду лікувальних заходів [52]. Глюкокортикоїди, які як супроводжують стрес, так і у лікарській формі можуть бути препаратами для терапії астми, також мають вплив і на рівень глюкози в крові, що важливо зазначити в контексті даної роботи [60].

Наявність астми у молоді асоційована з депресивними станами, відчуттям безнадійності, вживанням психоактивних речовин та суїцидальними проявами [39]. Ступінь прояву суїцидальності закономірно зростає разом зі ступенем тяжкості астматичного захворювання та поєднанням його з коморбідними станами здоров'я.

Показник легеневої функції при астмі може значно не співпадати з суб'єктивною самооцінкою пацієнта (розбіжність складає 15%-60%) [32]. Із цього можуть витікати наслідки на кшталт невідповідного дозування препаратів чи невідповідного реальній ситуації інформування лікаря та, як наслідок, призначення терапії, яка не відповідає реальному розвитку захворювання. На суб'єктивне сприйняття свого захворювання пацієнтом може впливати низка факторів: емоційний стан, риси особистості, попередній життєвий досвід, процеси уваги та

навчання, очікування та попередній досвід астми, контекстна інформація та психопатологічні розлади. Зважаючи на більшу поширеність проявів тривоги та тривожних розладів при астмі [28], можна очікувати на деяке спотворення сприйняття ситуації на тлі емоційного афекту та, як наслідок, перебільшення чи применшення реальної симптоматики захворювання. У зв'язку з цим варто актуалізувати важливість вчасного виявлення багатьох патологічних психологічних станів.

Вчасне виявлення та лікування замаскованої депресії призводить до підвищення ефективності лікування багатьох госпітальних захворювань [83]. Такі результати свідчать на користь ґрунтовного впливу депресії не тільки на суб'єктивне переживання, а й на патогенез соматичних захворювань.

Люди з хронічними захворюваннями, які обтяжені низьким економічним статусом, поганим психічним здоров'ям і низькою якістю життя, а також пацієнти, які не можуть отримати підтримку від своєї сім'ї, є більш вразливими до ризику суїциду [30]. В даному випадку ми можемо зробити припущення, що в багатьох випадках ланкою-посередником на шляху до суїциду є депресивний розлад.

Загалом ми достовірно знаємо, що ризик самогубств вищий серед людей з хронічними захворюваннями, проте фактори, які на це впливають, підлягають більшому дослідженню задля виявлення найефективніших шляхів підвищення психологічного благополуччя серед даної категорії населення.

У дослідженні щодо суїцидальних думок, планів та спроб серед молодих людей з хронічними захворюваннями в Канаді було виявлено значно вищу розповсюдженість даних явищ порівняно з контрольною групою [55]. Ніякі інші фактори, включно з рівнем освіти, соціальним статусом та статтю не мали видимих кореляцій з суїцидальними проявами. Дане дослідження стосувалося хронічних захворювань дихальної системи, серцево-судинної, опорно-рухового апарата, неврологічних та захворювань ендокринної системи.

Після виявлення особи з підвищеним ризиком суїциду, бажаним є направлення до служб психічного здоров'я для подальшого догляду; однак, існують численні бар'єри на шляху до звернення за психіатричною допомогою у зв'язку з суїцидальними думками та поведінкою, які включають відсутність усвідомленої потреби, перевагу самоконтролю симптомів, страх перед госпіталізацією, структурні бар'єри (наприклад, брак часу або фінансів) та стигму [57]. Поєднуючись із труднощами, пов'язаними із хронічною хворобою, дані бар'єри можуть ставати непереборними для особи і призводити до відсутності можливості знайти кваліфіковану допомогу і підтримку.

1.2. Актуальний стан дослідження психологічних характеристик осіб з цукровим діабетом

Цукровий діабет відноситься до хронічних захворювань, які пов'язані зі значним зниженням якості життя, збільшенням використання медичної допомоги та передчасною захворюваністю або смертю. Дане захворювання посідає восьме місце серед усіх причин смертності, забираючи 2,8% глобальних років життя з поправкою на працездатність [10]. Така статистика однозначно свідчить про те, що діабет повинен звертати на себе увагу керівництва держав, міжнародних організацій та окремих суспільних діячів задля знаходження найкращих способів попередження, діагностики, супроводу та лікування. Такі дії можуть значно зменшити економічний тягар держави та платників податків, робочий тягар медичної системи, соціальний та психологічний тягар людей з цукровим діабетом та їхнього оточення.

Розповсюдженість діабету зросла на 147,9% з 1990 по 2019 рік [10]. Це можна пов'язати з покращенням діагностики, доступу до інформації та зі збільшенням тривалості життя. Здебільшого зріс рівень діагностики цукрового діабету II типу. Стверджувати про реальний приріст кількості осіб з цукровим діабетом у світі не можна, проте видимий приріст виводить із тіні частину тягаря, пов'язаного з

цукровим діабетом, який раніше не можна було чітко пов'язати з даним захворюванням.

Психологічний стан осіб з цукровим діабетом досліджується відносно віднедавна. Серед іншого, це пов'язано з тим, що ще кількадесят років тому діабет був захворюванням, яке меншою мірою піддавалося корекції і його випадки частіше та швидше призводили до смерті. Потенційне дослідження психологічних аспектів життя з цукровим діабетом містило б мало сенсу, адже інші, суто медичні та біологічні, аспекти мали значно більший вплив на розвиток захворювання. Зараз же більшість осіб з цукровим діабетом мають доступ до досить ефективних медичних заходів і вагома частина успіху терапії залежить від того, наскільки якісно вдасться цими заходами скористатися.

Варто зазначити, що наріжним поняттям в розгляді психологічних особливостей осіб з діабетом є поняття діабетичного дистресу, яке було введено в 1995 році [45]. Детальніше дане поняття у взаємозв'язку з різноманітними психічними розладами розглядається у розділі 1.4.

Важливим аспектом психологічних досліджень людей з цукровим діабетом є розгляд асоційованих з гіпоглікемією переживань та розладів [7, 9, 24, 36, 42, 49, 50, 75, 82].

Важливо зазначити, що існують дослідження і про вплив гіпоглікемії на когнітивні здібності. Контроль гіпоглікемії (на основі аналізу рівнів глікованого гемоглобіну у досліджуваних) виявив зворотну залежність щодо об'єму гіпокампу, пояснюючи 33% спостережуваної дисперсії [68]. Таким чином, через зміну структури мозку, гіпоглікемія може впливати і на когнітивні функції.

В українському дослідженні якісного характеру було зафіксовано інформацію про періодичний страх чи психологічний дискомфорт у зв'язку з гіпоглікемією у людей з цукровим діабетом II типу [61].

Гіпоглікемія може спричинити низку соціальних проблем для людей з діабетом [27, 35].

Недостатня обізнаність оточуючих про стан людини з цукровим діабетом може мати значні наслідки. Коли виникає гіпоглікемія, люди можуть відчувати слабкість, розгубленість і навіть втрачати свідомість. Однак оточуючі можуть не розпізнати ці симптоми або недооцінити їх ступінь, що може призвести до недооцінки ситуації та неадекватної реакції.

Гіпоглікемія, що може призвести до порушення рухової функції, що є ризикованим при виконанні потенційно небезпечних видів діяльності, таких як керування автомобілем або робота з механізмами.

Часті чи важкі гіпоглікемії в анамнезі можуть мати вплив на стосунки. Люди з діабетом можуть відчувати труднощі у стосунках через наслідки гіпоглікемії. Їхні близькі можуть відчувати занепокоєння або тривогу щодо їхнього здоров'я, що може вплинути на взаємодію між ними.

Гіпоглікемія має потенціал призводити до обмеження повсякденної активності, оскільки може вимагати негайних дій для корекції рівня глюкози в крові, що може призвести до переривання поточної діяльності. Це може включати перерву в роботі або відмову від участі в певних заходах.

Ці виклики підкреслюють важливість навчання та підтримки людей з цукровим діабетом, а також потребу в ефективних стратегіях управління гіпоглікемією для підтримки якості життя.

Як наслідок, страх перед гіпоглікемією призводить до негативних наслідків у самоконтролі за станом власного здоров'я: свідоме утримування рівня цукру підвищеним, відмова від підвищення дози медикаментів, обмеження фізичної активності. Окрім суто фізичних наслідків, пов'язаних із високим рівнем глюкози в крові, із цього також випливає маса психологічних та соціальних наслідків: відгородження від суспільства, відмова від різного роду активностей та участі у

громадському житті, відмова від побудови взаємин із оточуючими, важкість у засинанні та страх отримати нічну гіпоглікемію, зменшення успішності у навчанні та роботі.

Люди з діабетом стикаються з низкою соціальних проблем через необхідність приймати ліки [27, 35].

Частина медикаментів та послуг для покращення рівня контролю глюкози є досить коштовними, особливо для тих, хто й без даного захворювання знаходився у вразливій соціальній групі. Це створює серйозний фінансовий тягар для таких пацієнтів.

У деяких регіонах, особливо у віддалених або менш розвинених, буває важко отримати необхідні ліки. Це ставить пацієнтів у скрутне становище, коли вони не мають доступу до ліків, необхідних для ефективного контролю рівня глюкози.

Дане захворювання може спричинити стигматизацію та збентеження в очах деяких представників суспільства. Як наслідок, особа може відмовлятися від ліків, доки знаходиться на публіці.

Втрата можливостей працевлаштування у деяких сферах діяльності, особливо на важких або стресових роботах, оскільки такі зайнятості можуть ускладнювати контроль рівня глюкози в крові. Для деяких осіб це може унеможливити продовження праці.

Поява діагнозу може призвести до порушення повсякденного життя. Лікувальна терапія, що використовуються для контролю рівня глюкози в крові, може вимагати суворого режиму, обмежень у харчуванні та активності. Це може бути особливо складним завданням для людей, які мають активне життя.

Ці соціальні виклики підкреслюють важливість підтримки та розуміння людей з діабетом, а також необхідність вирішення системних питань, таких як доступ до медичних послуг та психологічних послуг.

Важливо також зазначити, що сучасна українська війна має вплив як на психологічний, так і на матеріальний добробут людей з цукровим діабетом в Україні [34], що неминуче призводить до вимушеного зниження якості турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом, які перебувають в окупації, вимушені стати внутрішньо переміщеними особами чи біженцями закордоном, воюють у збройних силах чи працюють волонтерами у зоні бойових дій, недоотримують лікувальні засоби через логістичні проблеми, мають психологічні проблеми через пов'язані з війною події і т. п..

Є також деякі дані, які конкретизують значимі фактори впливу на протікання хронічних захворювань у ВПО в Україні 2018 року у зв'язку з соціальним становищем: серйозні психічні розлади, перерва у прийомі ліків, психологічний дистрес і тривога, відсутність доходу, нездатність бачити лікаря певний період часу [22]. Усі наведені фактори різною мірою можуть бути застосовані і до людей, які були вимушені покинути власні домівки у зв'язку з військовими діями, які активізувалися в 2022 році.

1.3. Специфіка осіб з цукровим діабетом I та II типів в контексті даного дослідження

В рамках дослідницької частини даної роботи нами було прийняте рішення про вибір аудиторії, яка буде розглядатися в дослідженні серед осіб з цукровим діабетом I типу. ВООЗ дає чіткі вказівки щодо того, що собою являє дане захворювання. Діабет I типу (раніше відомий як інсулінозалежний, юнацький або дитячий) характеризується недостатнім виробленням інсуліну та потребує щоденного введення інсуліну [77].

Важливо зазначити, що відмінності між побутом, соціальною ситуацією, економічним становищем, розгортанням захворювання у людей з різними типами діабету існують. В рамках даної роботи ми розглядаємо діабет I та II типу, свідомо

залишаючи поза увагою більш рідкісні різновиди даного захворювання, такі як гестаційний цукровий діабет. Таке рішення було прийнято у зв'язку з декількома обставинами:

- цукровий діабет I та II типу є значно більш розповсюдженим за інші його варіації, а тому можливо знайти достатню вибірку для дослідження, а його результати можуть бути екстрапольовані на життя більшої кількості людей;
- більш рідкісні типи цукрового діабету несуть разом із собою і деяку специфічну соціальну чи біологічну ситуацію, в якій вони виникають;
- діабет I та II типу є більш одноманітним по динаміці розгортання хвороби – він є хронічним, з більш передбачуваним розвитком та психологічним фоном.

В свою чергу, ми зважаємо і на відмінності типів діабету, що розглядаються в рамках даного дослідження:

- діабет I типу, як правило, є більш тотальним по типу розгортання та вираженості хвороби, він є більш одноманітним всередині себе;
- люди з діабетом I типу, як правило, використовують більш одноманітні способи корекції рівня цукру в крові, ніж люди з діабетом II типу;
- діабет II типу є більш розповсюдженим (пропорція складає приблизно 10:1);
- діабет II типу більш розповсюджений серед осіб старшого віку, тоді як діабет I типу порівняно є більш розповсюдженим серед дітей та юнаків.

Всі ці обставини у підсумку підвели нас до того, щоб присвятити теоретичну частину роботи цукровому діабету I та II типу, тоді як дослідження побудувати навколо цукрового діабету I типу, зважаючи на його більшу однорідність в питанні проявів та більшу одноманітність у лікувальних заходах, які діабет I типу вимагає. Таким чином, діабет I типу є більш бажаним у дослідницькій частині роботи, оскільки допомагає досягненню максимальної валідності отриманих результатів

дослідження, не зважаючи на меншу доступність респондентів з діабетом I типу по причині їхньої меншої кількості серед населення загалом.

Одне з досліджень, проведених в Україні, свідчить про те, що досліджувані з цукровим діабетом I типу відрізнялися від досліджуваних з цукровим діабетом II типу за віком, терміном життя з цукровим діабетом, залежністю від інсуліну та самообслуговуванням, суттєвих відмінностей між групами не спостерігалось за статтю, рівнями глікованого гемоглобіну, діабетичним дистресом, регуляцією емоцій, досвідом або оцінкою навичок регулювання емоцій [13]. Проте, вірогідно, в даному випадку відсутність розбіжностей може пояснюватися специфікою вибірки, оскільки усі учасники дослідження, відповідно до матеріалів дослідження, були обрані з числа тих, хто отримував допомогу в Українському науково-практичному центрі ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин міністерства охорони здоров'я України в період з вересня 2022 року по червень 2023 року. Цей факт може нівелювати деякі розбіжності між людьми з різними типами діабету, надаючи більше значення побічним факторам, які можуть супроводжувати осіб з цукровим діабетом.

1.4. Діабетичний дистрес

Термін діабетичного дистресу було введено в обіг у 1995 році [45]. Згідно з прийнятим визначенням, діабетичний дистрес – негативний емоційний або афективний досвід, спричинений викликами життя з цукровим діабетом.

Базуючись на досвіді зарубіжних колег, ця концепція визнана фундаментальною при розгляді проявів психологічних особливостей у людей з цукровим діабетом. Діабетичний дистрес стосується проблем психологічної та соціальної адаптації, з якими регулярно зіштовхуються люди з діабетом.

Особистості з діабетичним дистресом виявилися досить значно сильніше піддатливі до стресу та мали знижену самоефективність, рівні глікованого

гемоглобіну вони мали в середньому вищі [81]. Такі результати добре пояснюються впливом хронічного стресу на організм, пов'язаних з ним глюкокортикоїдів та похідних речовин [54]. Справді, хронічний стрес, відповідно до наведених даних, сприяє патогенезу когнітивних порушень, емоційних розладів та загальному падінню продуктивності.

Приблизно 60% учасників повідомили про щонайменше одну стійку тривогу, пов'язану з власним діагнозом [72]. Було визначено низку причин діабетичного дистресу, включаючи безпорадність, негативне соціальне сприйняття, дистрес від лікаря, дистрес друга/родини, дистрес від гіпоглікемії, дистрес щодо управління та харчовий дистрес [46].

Дистрес від безпорадності виникає тоді, коли, незважаючи на високий рівень лікувальної терапії, діабет рано чи пізно призводить до погіршення стану здоров'я. Люди з діабетом також можуть відчувати почуття безпорадності, коли вони не можуть контролювати рівень глюкози в крові, незважаючи на прийом відповідних ліків. Це природно призводить до відчуття безпорадності та діабетичного дистресу.

Дистрес негативного соціального сприйняття пов'язаний з проблемами у сприйнятті суспільством людей з діабетом, їхніх потреб і конкретних життєвих ситуацій. Тому люди з діабетом соромляться робити життєво важливі ін'єкції в присутності інших і бояться уваги та осуду оточуючих, що неминуче призводить до діабетичного дистресу.

Дистрес лікаря виникає у зв'язку з недосконалістю медичної системи, необхідністю проходити лікування та діагностику, непрофесійністю чи недоброзичливістю медичного персоналу, регулярною потребою в покупці чи отриманні ліків.

Дистрес друга/родини пов'язаний з тим, що оточення людини з діабетом може справляти тиск на неї внаслідок нерозуміння її потреб та проблем, а також, на думку самого діабетика, його оточення може переживати дискомфорт внаслідок

тієї побутової, соціальної і психологічної ситуації, яку створює наявність людини з діабетом в оточенні.

Дистрес гіпоглікемії асоційований з постійним ризиком виникнення зниженого рівня цукру в крові та низкою пов'язаних із цим психологічно-соціальних наслідків: страх отримати гіпоглікемію в незручному місці або в незручний час, страх перед фізичною активністю як фактором виникнення гіпоглікемії, постійне підтримування рівня глюкози в крові підвищеним з подальшим виникненням відтермінованих наслідків цього, складнощі з засинанням і т. п..

Дистрес управління може бути викликаний необхідністю брати на себе відповідальність за власне життя і здоров'я та керувати своїм розпорядком дня, дієтою, фізичною активністю, прийомом ліків тощо. Цей тягар відповідальності природно може мати наслідки у вигляді втоми та невпевненості у власній здатності керувати власним життям.

Харчовий дистрес виникає через необхідність для людей з діабетом дотримуватися певної дієти і контролювати споживання певних продуктів. Це часто призводить до дистресу та зниження загальної якості життя.

Згідно з наведеними дослідженнями, діабетичний дистрес більш властивий у таких випадках: у жінок, пацієнтів з ускладненнями, поганим контролем глікемії, молодшого віку, без партнера та пацієнтів, які належать до національних меншин.

Дистрес, пов'язаний з діабетом, може призвести до песимізму та зниження самообслуговування, що може призводити до недостатнього дотримання режиму та може спричинити подальше зниження рівня контролю глікемії. Знання факторів діабетичного дистресу і їх вирішення може допомогти пацієнтам із цукровим діабетом покращити контроль глюкози в крові.

До факторів, пов'язаних з дистресом при цукровому діабеті, включають, серед іншого, використання інсуліну для лікування діабету, гіпоглікемію протягом

останніх трьох місяців, ретинопатію у зв'язку з цукровим діабетом і відсутність сімейної підтримки [76]. Фактор відсутності сімейної підтримки заслуговує на особливу увагу, оскільки він пов'язаний з результатами нашого емпіричного дослідження.

Таким чином, діабетичний дистрес пов'язаний з низкою факторів, включаючи тягар щоденного самоконтролю, очікування ускладнень, ризик соціального відторгнення, необхідність уникати звичних задоволень для підтримки здоров'я, очікування гіпоглікемії, необхідність регулярно проходити медичні огляди, а також відсутність розуміння і підтримки з боку оточуючих.

Безумовно, у цього є наслідки як для окремого індивіда, так і для суспільства загалом. Певною мірою, соціальна інвалідизація людини може бути результатом спроб мінімізувати діабетичний дистрес. Такі люди можуть бути частково або повністю виключені з соціального життя, а їхній внесок у життя суспільства може бути зменшений.

Діабетичний дистрес має зв'язок з деякими психічними розладами, виступаючи в ролі однієї з причин прояву таких розладів, або ж діабетичний дистрес може посилюватися та виникати частіше внаслідок впливу наявних психічних розладів. Таким чином, діабетичний дистрес може виступати як в ролі причини, так і в ролі наслідку психічних розладів. Далі дане питання розглядається більш предметно.

1.4.1. Тривожні та депресивні розлади при діабеті

Симптоми тривоги та психічні розлади, пов'язані з тривогою (наприклад, obsесивно-компульсивний розлад, генералізований тривожний розлад, специфічні фобії, посттравматичний стресовий розлад, дисморфічний розлад тіла), частіше, ніж у інших, зустрічаються у осіб з цукровим діабетом [41]. Це можна пов'язати з діабетичним дистресом, про який йшла мова раніше.

За оцінками Behavioral risk factor surveillance system, поширеність генералізованого тривожного розладу впродовж життя у пацієнтів з діабетом I або II типу становить 19,5% [47]. Це, безумовно, значно вище, ніж поширеність цього стану в загальній популяції (2,2%-5%) [58]. Такі статистичні дані можуть бути пов'язані з масою обставин, як соціальних, так і фізіологічних, з якими неминуче стикається велика кількість осіб з цукровим діабетом. Такі обставини дещо різняться в залежності від типу та перебігу захворювання, соціальних обставин, сімейного оточення, індивідуальних особливостей особистості і т. п.. Проте основні обставини, які пов'язані з тривогою, ми постаралися виділити на основі наукових наробок. З цього з'являються кілька природних припущень і висновків: наявність діагнозу цукрового діабету є передумовою підвищення ймовірності генералізованого тривожного розладу; діабетичний дистрес тісно пов'язаний з цим розладом; пацієнти з діабетом потребують більшої уваги до рівня своєї тривожності з боку медичного персоналу, їхнього найближчого оточення і самих пацієнтів. Рання діагностика високого рівня тривожності є дуже важливою і може запобігти серйозним наслідкам тривожних розладів у пацієнтів з діабетом.

Ризик розвитку діабету II типу на 19% вищий у пацієнтів з тривожними розладами, тоді як ризик розвитку тривожних розладів на 41% вищий у людей з цукровим діабетом [10]. Така статистика дещо доповнює наші уявлення про взаємовплив діабету II типу та тривожних розладів. Важливо зазначити, що діабет II типу, на протилежність діабету I типу, окрім спадковості, може бути пов'язаний з низкою аспектів, які залежать від умов життя особи: спосіб життя, маса тіла, якість харчування, якість сну, адекватність фізичних навантажень і т. п.. Ці аспекти можуть змінюватися в негативну сторону, серед іншого, і під дією тривоги.

Неминуче, однією із основних обставин, які є пов'язаними з тривожними відчуттями у людей з діабетом, є очікування виникнення гіпоглікемії [7, 24, 49, 50]. Гіпоглікемія супроводжується негативними соматичними та психоемоційними переживаннями: тремор, тривога, слабкість, дезорієнтованість, запаморочення і т. п.. Відтерміновані наслідки гіпоглікемії можуть бути пов'язані зі зниженням

когнітивних функцій, погіршенням соматичного здоров'я та загальним збільшенням ризику смертності. На смертність саме від гіпоглікемії, а не від її опосередкованих наслідків, припадає від 4 до 10% від загальної смертності людей з діабетом [36].

Це може призвести до негативних наслідків в управлінні власним здоров'ям, таких як навмисне підтримання високого рівня глюкози в крові, відмова від збільшення дози ліків або обмеження фізичної активності через страх перед гіпоглікемією. Окрім суто фізичних наслідків, пов'язаних з гіперглікемією, існує також багато психологічних та соціальних наслідків. До них відносяться відстороненість від суспільства, відмова від участі в різних видах діяльності та громадському житті, погана успішність у навчанні та на роботі, відмова від спілкування з іншими людьми, труднощі із засинанням та страх отримати нічну гіпоглікемію.

Є переконливі дані про те, що важка гіпоглікемія сама по собі, без участі інших обтяжуючих факторів (контроль глікемії, інсулінотерапія, фактори способу життя та характерні діабетичні ускладнення) має значний зв'язок з депресією і її тяжчим перебігом [75, 82]. Такі результати можуть бути закономірним наслідком погіршення когнітивних функцій і, в першу чергу, пам'яті [68], що може призводити до зниження можливості до самообслуговування, а також з системним ураженням нервової системи, яке може бути асоційоване з проявами депресії [25, 26, 79]. Також, безумовно, часті гіпоглікемії можуть бути асоційовані зі страхами та тривогами перед виникненням нових гіпоглікемій та смертю, що, в свою чергу, може стати однією з причин прояву чи посилення депресії.

Ризик смерті при цукровому діабеті зростає при співіснуванні симптомів депресії та тривоги. Наявність тривоги збільшує ризик смерті на 66%, а депресії - на 110% [43].

Ці результати чітко показують, що тривога і депресія є негативними прогностичними факторами щодо патогенезу захворювання, але не дають чіткої

відповіді на питання, наскільки важливим є непрямий вплив депресії і тривоги на рівень турботи про власне здоров'я. Однак існує значний зв'язок між депресією і тривогою та низькою загальною якістю життя, що дозволяє припустити, що вони пов'язані з піклуванням про власне здоров'я та розвитком захворювання.

Із результатів, які говорять про збільшення смертності разом зі збільшенням симптомів депресії, випливає логічне припущення – діабет, опосередковано, через депресію, може бути асоційований з більшим ризиком аутоагресивної та суїцидальної поведінки. Це підтверджується окремими дослідженнями [63, 64].

Депресія може бути посередником між хронічними болями (чи іншими проявами хвороби) і суїцидальною поведінкою при різних захворюваннях [55]. Такі дані також підтверджують припущення щодо важливої ролі симптомів депресії у формуванні суїцидальної поведінки у осіб з цукровим діабетом, оскільки дане захворювання може призводити в тому числі і до появи хронічних болів.

Виявлено, що низька якість життя пов'язана з низькою самоефективністю, високим рівнем безнадійності та суїцидальними тенденціями у людей з цукровим діабетом I та II типу [56].

Важливо зазначити, що деякі форми самоушкодження та самогубства є більш доступними для людей з діабетом. Самоушкодження може досягатися через погіршення показників глюкози в крові, що призводить до погіршення самопочуття. Тоді як самогубство виявляється досить легкодоступним за наявності пероральних засобів, що знижують рівень глюкози в крові, та інсуліну. Також самогубства можна досягти більш відтермінованим але менш помітним способом – за рахунок низького рівня компенсації діабету і появи характерних ускладнень хвороби, які призводять до порушення у роботі окремих органів та систем організму та, як наслідок, смерті. Такий спосіб самогубства може бути більш властивий людям, які через власні переконання, страх завдати комусь болю чи засудження суспільства не здатні скоїти самогубство у звичний спосіб.

Статистика самогубств серед пацієнтів з діабетом I типу показує, що близько половини з них пов'язані з передозуванням інсуліну [64]. Таку статистику можна легко пояснити доступністю цього способу самогубства серед тих, хто приймає інсулін. За даними згаданого вище дослідження, кількість самогубств із застосуванням пероральних цукрознижувальних препаратів у пацієнтів з діабетом II типу становить 15%, що значно перевищує кількість таких самогубств у людей, які не вживають такі препарати. Нижчий рівень самогубств при прийомі пероральних препаратів порівняно з ін'єкціями інсуліну можна легко пояснити більш вираженою дією інсуліну. Тому ті, хто скоює самогубство за допомогою ін'єкції інсуліну, можуть вважати, що такий спосіб самогубства є надійнішим, швидшим, менш болісним тощо.

Важливо розуміти, що ін'єкції інсуліну можуть мати потенційно фатальні наслідки, якщо необхідна доза буде завищена лише на кілька умовних одиниць, тоді як у прикладі з дослідження, посилання на котре знаходиться вище, з метою самогубства було введено близько 400 одиниць інсуліну. Варто зазначити, що випадки використання інсуліну для самогубства не є поширеними серед людей, які не використовують інсулін в рамках лікувальної терапії, що пов'язано з тим, що для людей з цукровим діабетом препарат інсуліну є більш доступним і наслідки його використання видаються передбачуваними. Однак не можна сказати, що людина не обрала б інший спосіб суїциду, якби інсулін був недоступний.

Випадки скоєння самогубства особами з цукровим діабетом шляхом досягнення гіперглікемії також зафіксовані [64]. Цей спосіб самогубства є значно менш поширеним, що можна пов'язати з його меншою надійністю, більшою енерговитратністю, більшим шансом на порятунок у разі виявлення. Для смертельно-небезпечного підвищення рівня цукру треба витратити досить багато часу та зусиль на пероральне вживання вуглеводів або ж на ін'єкційне введення розчину глюкози. Проте підвищення рівня глюкози в крові до небезпечних значень може бути розглянуте, як варіант самоушкоджуючої поведінки.

Дані, які свідчать на користь вище наведених припущень виявляють взаємозв'язок між недотриманням режиму лікування та суїцидальними думками у підлітків з цукровим діабетом I типу. 62.5% підлітків з суїцидальними думками не дотримувалися режиму лікування на противагу 17.9% підлітків без суїцидальних думок [44]. У зв'язку з такими даними варто актуалізувати питання важливості скринінгу суїцидальних думок у суспільстві загалом та серед підлітків з цукровим діабетом I типу зокрема.

Дослідження свідчать про те, що думки про самогубство зустрічаються у людей з діабетом у 16.2%, спроби самогубства у 2.7%, а завершені самогубства у 0.3% [63]. Відповідно до цих даних, наявність діабету справді значно збільшує ризик суїцидальних ідей (для загальної популяції цей показник близько 9.2%), але не впливає на реалізацію самогубств. Можливо, є якісь малодосліджені фактори, які в даному випадку відмежовують суїцидальні ідеї від їхньої реалізації і, можливо, вони є специфічними саме для людей з цукровим діабетом. Також, вірогідно, велика кількість самогубств за допомогою препаратів, які використовують люди з діабетом, не класифікується як самогубства, оскільки диференціація звичайної недбалості чи співпадіння від свідомого умислу є не завжди можливою – такого роду самогубства можуть виглядати як звичайна смерть, а ураховуючи деяку табуованість питання самогубства у нашому суспільстві, оточення людини, яка скоїла самогубство шляхом надмірного використання медикаментів, призначених для корекції діабету, може сприяти поширенню невірної інформації, відкидаючи можливість самогубства.

Окремої уваги заслуговує питання скоєння самогубства людьми, якість життя яких значно впала через хворобу – вони відчувають постійні болі, позбавлені можливості до повноцінної самореалізації та залежать від оточення [30]. Вірогідно, за наявності альтернативи, такі люди могли б свідомо обрати евтаназію, проте у більшості країн світу ця процедура не є легалізованою. Натомість люди з такими станами здоров'я, до яких, серед інших захворювань, може призводити і цукровий діабет, вимушені терпіти масу незручностей чи просто таки страждань, що

підштовхує їх до скоєння самогубства, подеколи, у досить жорстокі та болісні способи на противагу евтаназії.

Для розуміння комплексної ситуації співвідношення тривоги, депресії і дистресу варто також зазначити, що тривога і депресія є коморбідними станами [83] і частина тих результатів, які ми відслідковуємо, може бути обумовлена опосередкованим впливом депресії та тривоги на дистрес.

Депресія в анамнезі протягом життя збільшує ризик появи цукрового діабету II типу на 60% [17, 65]. Аналогічно до взаємовпливу тривожних розладів і діабету II типу, депресивні розлади можуть виступати як причиною, так і наслідком тих фізичних факторів, які мають вплив на патогенез цукрового діабету II типу та на деякі аспекти протікання цукрового діабету I типу.

Також є дані, які свідчать про те, що прийом антидепресантів не асоційований зі збільшенням ризику виникнення діабету [65]. Ці дані підтверджують вище наведені припущення щодо впливу на розвиток діабету II типу саме поведінкових, соціальних і психологічних факторів, які супроводжують тривожні і депресивні розлади.

1.4.2. Розлади сну та їхні психологічні передумови

Хоча розлади сну багато в чому і мають зв'язок з тривогою та депресією, про які йшла мова раніше, проте ми вирішили виділити їх у окремих розділ у зв'язку з важливістю розгляду цієї проблеми, як самостійної та багатоскладової.

Спершу звернемо увагу на те, що, по аналогії з тривогою і депресією, розлади сну є фактором виникнення діабету II типу. Люди з позмінною роботою мають більший ризик виникнення діабету II типу [74]. Також важливо зазначити, що такий вплив порушень сну може бути опосередкованим, впливаючи на загальновизнані фактори ризику виникнення діабету II типу: ожиріння, незбалансоване харчування, знижена фізична активність і т. п..

Проблеми зі сном регулярно виникають у людей з цукровим діабетом I типу [9]. Серед іншого, це може бути пов'язано з переживаннями щодо рівня глюкози в крові у нічний час та нічними пробудженнями у зв'язку з гіпоглікемією.

Окрему увагу варто звернути на проблеми зі сном у батьків підлітків з цукровим діабетом. Батьки таких дітей і справді у більшості випадків мають нічні пробудження та поверховий сон, що можна пов'язати з потребою нічного моніторингу рівня глюкози в крові у дітей та страхом перед гіпоглікемією [29]. Оскільки навіть у батьків підлітків з діабетом є вищий ризик проблем зі сном, ми можемо стверджувати про значну роль психологічної детермінанти у патогенезі розладів сну, пов'язаних з діабетом. Проте і біологічні причини виключати ми не можемо.

Важливо зазначити, що розлади сну у людей з цукровим діабетом обтяжені обмеженою можливістю прийому деяких класів снодійних препаратів у зв'язку з підвищеним ризиком не відреагувати на падіння рівня глюкози в крові під час сну і отримати важку гіпоглікемію, гіпоглікемічну кому та смерть.

Є переконливі дані про те, що розлади сну пов'язані з погіршенням глікемічного контролю. Відповідно до даних дослідження 2017 року, наявність порушень сну є предиктором порушення метаболічної функції та, як наслідок, погіршення глікемічного контролю у людей з цукровим діабетом II типу [69]. В наведеній роботі цінним є погляд на взаємозв'язок сну та цукрового діабету II типу через призму біологічних процесів, які їх супроводжують.

1.5. Значення догляду та самообслуговування при діабеті

Прихильність до самообслуговування та лікувальної терапії є головним провідником до турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом, що, безумовно, матиме наслідки у вигляді максимально тривалого та наповненого життя для даної категорії населення. Проте на практиці ми не завжди стикаємося з

проявами високого ступеня прихильності до самообслуговування. І для того, щоб змінити ситуацію на краще, ми маємо розглянути деякі окремі фактори, які знаходяться у зв'язку з самообслуговуванням. Це дасть змогу нам сформулювати уявлення про кінцеву зону впливу психологічних втручань в цілях покращення рівня турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом і корекції негативних станів, пов'язаних з низьким рівнем турботи про власне здоров'я.

Ми приймаємо визначення самообслуговування при захворюваннях, запропоноване Barbara Riegel і Victoria Vaughan Dickson у 2008 році щодо самообслуговування в ситуації серцевої недостатності [15]. Згідно з даним визначенням, самообслуговування – натуралістичний процес прийняття рішень, що включає вибір поведінки, яка підтримує фізіологічну стабільність (підтримку), і відповідь на симптоми, коли вони виникають (управління). Додаткове визначення самообслуговування включає регулярний моніторинг симптомів і дотримання режиму лікування. Також дана теорія включає ще чотири положення: розпізнавання симптомів є ключем до успішного самообслуговування; самообслуговування краще у пацієнтів з більшими знаннями, навичками, досвідом і сумісними цінностями; впевненість покращує зв'язок між самообслуговуванням і результатами; впевненість опосередковує зв'язок між самообслуговуванням і результатами.

За відсутності альтернативи, дане визначення, на нашу думку, досить добре накладається на ситуацію самообслуговування у людей з цукровим діабетом.

Наявні дані свідчать про те, що ефективна самодопомога при діабеті позитивно корелює з такими показниками здоров'я, як якість життя, сприйняття здоров'я, використання ресурсів, ускладнення цукрового діабету та вартість лікування [59]. Виділені показники здоров'я носять досить широкий характер та можуть впливати на масу сфер життя, а також на психологічний стан людини з діабетом.

Молодші пацієнти частіше змінювали свої звички у зв'язку з погіршенням стану здоров'я [59]. Такі результати можна пов'язати з більшою гнучкістю та меншою усталеністю життєвих орієнтирів у молодшому віці.

Виявлено досить значне (чотириразове) збільшення ризику виникнення ускладнень у осіб з цукровим діабетом, які не отримали освіти щодо практик самообслуговування [19]. Таким чином, така просвітницька робота має прогностичне значення у питанні появи ускладнень захворювання.

Існують дані про позитивний зв'язок між зниженням рівня глікованого гемоглобіну і навчанням життю з цукровим діабетом [71]. Ці дані добре співвідносяться з раніше наведеними та лише закріплюють їх значущість.

Цікавими є також дані про те, що інформування щодо самообслуговування при цукровому діабеті, задля найбільшої ефективності, має відповідати таким вимогам: враховувати культурні відмінності, соціальні детермінанти здоров'я, сучасні технології у сфері медичних послуг, орієнтуватися на індивідуальні особливості отримувача інформації [37]. Також у даній роботі виділено основні сфери змісту: патофізіологія цукрового діабету та варіанти лікування; здорові стратегії подолання; здорове харчування; активність; прийом ліків; моніторинг; зменшення ризику (лікування гострих і хронічних ускладнень); стратегії вирішення проблем і зміни поведінки.

Важливим також виявляється усвідомлення своєї здатності до ефективного самообслуговування [62]. Цей фактор, вірогідно, лежить в самій основі становлення особистості здатної до ефективної самоорганізації при цукровому діабеті і він може бути напрацьований у тісній співпраці з психологом/психотерапевтом.

Підштовхнути до самоусвідомлення можливості впливати на власне здоров'я людину з цукровим діабетом можуть і оточуючі. Виявлено, що наявність догляду після виписки у зв'язку з ускладненнями діабету значно зменшує ризик повторної госпіталізації [80]. У зв'язку із цим і програми допомоги мають бути спрямовані на

те, щоб надати інформацію та дієві стратегії поведінки не тільки пацієнтам з цукровим діабетом, а й їхньому оточенню.

Робота 2017 року звертає увагу на надання людям з цукровим діабетом не лише біомедичних послуг, але й комплексної соціальної та консультативної підтримки, що позитивно впливає на протікання захворювання [51]. Важливо також зазначити, що у такого підходу є й відтермінована користь у вигляді зменшеного навантаження на медичну систему у зв'язку зі зверненнями людей з цукровим діабетом у майбутньому.

Аналогічна робота ставить акцент на взаємодії між лікарем, родиною, фахівцем у сфері психічних послуг та пацієнтом на шляху до збільшення ефективності догляду за здоров'ям пацієнта [11].

Таким чином, робота з людиною, яка має цукровий діабет, має відбуватися у комплексній взаємодії медичних працівників, фахівців у сфері психічного здоров'я, самого пацієнта та найближчого оточення особи з цукровим діабетом. Саме такий альянс має найвищий потенціал до покращення якості життя пацієнта, його оточення, а також зменшення навантаження, пов'язаного із цукровим діабетом, на медичну систему.

Висновки до розділу I

Психологічні характеристики осіб з соматичними захворюваннями досліджуються в рамках психологічної науки. Низький рівень діагностики захворювань, низький рівень доступу до осіб з деякими соматичними захворюваннями є факторами, які перешкоджають проведенню таких досліджень.

Адаптація до соматичних хронічних захворювань має вкрай індивідуальний характер і залежить від культурного, соціального, гендерного та інших аспектів. Більшість людей, які стикаються з хронічними соматичними захворюваннями, приходять до позитивної адаптації.

Хронічні захворювання, за умови непродуктивної психологічної адаптації, можуть прямо чи опосередковано ставати причиною хронічного стресу, який, в свою чергу, може погіршувати протікання захворювання.

Депресія, вживання психоактивних речовин, суїцидальна поведінка, тривожні розлади та безсоння виникають частіше на тлі деяких соматичних захворювань. Вчасне виявлення та лікування замаскованої депресії призводить до підвищення ефективності лікування багатьох госпітальних захворювань.

Самотність та самоізоляція також досить часто супроводжують людей із соматичними захворюваннями та можуть призводити як до погіршення їхнього психологічного стану, так і до погіршення стану соматичного здоров'я.

Можна виділити шість сфер в житті, які є найважливішими для здоров'я і благополуччя людей з хронічними захворюваннями: принципи (стандарти або чесноти, за якими потрібно жити, включаючи прагнення), стосунки (зв'язки з іншими), емоції (почуття або настрої; стани буття, які є особистими, втіленими або емпіричними), діяльність (заняття, речі, які люди роблять для роботи чи відпочинку), здібності (фізичні або розумові здібності або навички) та власність (матеріальні речі, які зберігаються, належать або цінуються, включно з приміщеннями).

Хронічні соматичні захворювання збільшують ризик суїцидальної та аутоагресивної поведінки. Обмеження у звичній діяльності та сильний, хронічний і рецидивуючий біль є найбільш обтяжуючими факторами щодо суїцидальності при хронічних соматичних захворюваннях. Люди з хронічними захворюваннями, які обтяжені низьким економічним статусом, поганим психічним здоров'ям і низькою якістю життя, а також пацієнти, які не можуть отримати підтримку від своєї сім'ї, також є більш вразливими до ризику суїциду.

Суб'єктивне сприйняття захворювання може не співпадати із реальним станом справ. Такі розбіжності (в більшу чи в меншу сторону) можуть бути пов'язані з психологічними особливостями людини, яка має соматичне

захворювання. На суб'єктивне сприйняття свого захворювання пацієнтом може впливати низка факторів: емоційний стан, риси особистості, попередній життєвий досвід, процеси уваги та навчання, очікування та попередній досвід, контекстна інформація та психопатологічні розлади.

Захворюваність на цукровий діабет є глобальною проблемою, яка завдає масових матеріальних та особистісних збитків у всьому світі. Відносна кількість діагностованих випадків даного захворювання лише зростає з часом.

Важливим аспектом психологічних досліджень людей з цукровим діабетом є розгляд асоційованих з гіпоглікемією переживань та розладів. Схильність до гіпоглікемії є тісно пов'язаною з тривожними і депресивними проявами у людей з цукровим діабетом. Також гіпоглікемія пов'язана з когнітивними порушеннями.

Сучасна війна в Україні має негативний вплив на психологічний та матеріальний добробут людей з цукровим діабетом. ВПО також мають ризик виникнення деяких станів, які прямо чи опосередковано впливають на психологічний добробут та можливість піклуватися про власне здоров'я: серйозні психічні розлади, перерва у прийомі ліків, психологічний дистрес і тривога, відсутність доходу, нездатність бачити лікаря певний період часу.

Цукровий діабет I типу має відмінності від цукрового діабету II типу. Таким чином, протікання цукрового діабету I типу є більш передбачуваним та одноманітним всередині вибірки. І хоча ці два стани здоров'я за своїм походженням є різними захворюваннями, проте їхня симптоматика може бути вкрай подібною. Частина відмінностей між людьми, які мають діабет I чи II типу може бути обумовлена різницею в середньому віці осіб, які мають дані захворювання, а також наявністю/відсутністю інсуліну в рамках лікувальної терапії.

В основі психологічної дезадаптації осіб з цукровим діабетом лежить діабетичний дистрес, який прямо чи опосередковано призводить до тривожних і депресивних розладів, самоушкоджуючої поведінки, розладів сну та ін.. Більшість

осіб з діабетом мають ознаки діабетичного дистресу. Виділено низку джерел даного стану: безсилля, негативне соціальне сприйняття, дистрес лікаря, дистрес друга/родини, дистрес гіпоглікемії, дистрес управління, харчовий дистрес.

Діабетичний дистрес пов'язаний з низкою факторів: тягар щоденного самоконтролю, очікування ускладнень, ризик неприйняття у суспільстві, необхідність уникати звичних способів отримання задоволення задля збереження здоров'я, очікування гіпоглікемії, потреба регулярно проходити медичні обстеження, відсутність розуміння та підтримки оточуючих. Таким чином, діабетичний дистрес здатен призводити до негативних наслідків як для особистості, так і для суспільства загалом.

Симптоми тривоги та тривожні розлади є досить поширеними серед людей з цукровим діабетом. Тривога та депресія є негативними прогностичними факторами щодо розгортання захворювання. Існує асоціація між даними станами та збільшеним ризиком смертності у людей з цукровим діабетом. Таким чином, вчасна діагностика проявів тривоги та депресії може збільшувати якість життя та запобігати самогубствам.

Деякі форми самоушкодження та самогубства є більш доступними для людей з цукровим діабетом. Такі способи самогубства важче виявити та окремі випадки самогубств можуть залишатися не визнаними за самогубства. Недотримання режиму зустрічається значно частіше у підлітків з цукровим діабетом з суїцидальними думками і це також може бути способом самогубства чи самоушкодження.

Розлади сну, на тлі тривоги чи інших станів, регулярно виникають у людей з цукровим діабетом. Здебільшого причиною таких розладів є очікування гіпоглікемії чи її наслідки. Розлади сну асоційовані з погіршенням глікемічного контролю, а отже між розладами сну та контролем рівня глюкози в крові можливий двосторонній взаємовплив.

Прихильність до самообслуговування та лікувальної терапії є головним провідником до турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом. Ефективне самообслуговування пов'язане з якістю життя, сприйняттям здоров'я, використанням ресурсів, ускладненнями цукрового діабету та вартістю лікування.

Важливою для ефективного самообслуговування виявляється освіта в питаннях, пов'язаних із захворюванням. Наявність такої освіти також сприяє нормалізації рівня глікованого гемоглобіна у пацієнтів з цукровим діабетом. Соціальна та консультативна підтримка збільшує здатність до самообслуговування. Така підтримка може надходити від лікаря, психолога, родини чи іншого значущого оточення.

Значущим виявляється і усвідомлення своєї здатності до ефективного самообслуговування. Таким чином, впевненість у власних силах збільшує якість самообслуговування.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ НА РІВЕНЬ ПІКЛУВАННЯ ПРО ВЛАСНЕ ЗДОРОВ'Я І У ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

2.1. Процедура та методи емпіричного дослідження

2.1.1. Етапи емпіричного дослідження та загальна характеристика вибірки досліджуваних

На етапі пілотного дослідження з метою уточнення напрямку роботи та його наближення до реальних умов життя людей з цукровим діабетом нами було прийнято рішення провести якісне дослідження з залученням 28 респондентів. Пілотажне дослідження проводилось на базі стаціонару Київського міського ендокринологічного центру, респондентами були пацієнти діабетологічного відділення.

До вибірки досліджуваних основного дослідження ввійшли 100 респондентів, у яких було діагностовано діабет. Було проведено збір інформації про тип діабету, стаж життя з захворюванням, останній показник рівня глікованого гемоглобіну і психологічні характеристики (рівень тривоги, локус контролю здоров'я, способи подолання стресу, рівень добробуту). Усі наведені характеристики було використано для якісного та кількісного аналізу даних.

Для аналізу результатів дослідження взято норму глікованого гемоглобіну (HbA1c) за визначенням ВООЗ [78], згідно з якою нормальним вважається глікований гемоглобін на рівні до 6,5%. Важливо також зазначити, що для українських пацієнтів з цукровим діабетом, які отримують рецепт на інсулін від свого лікаря, є окремі вимоги, яких вони зобов'язані дотримуватися, щоб отримувати інсулін без доплати [2, 3]. Така форма компенсації витрат на препарати інсуліну покликана збільшити мотивацію пацієнтів до догляду за власним здоров'ям. Відповідно до визначених правил, задля безоплатного отримання

інсуліну пацієнт повинен утримувати рівень глікованого гемоглобіну на рівні нижче 7.5% протягом щонайменше 6 місяців.

Саме на ці дані можуть орієнтуватися пацієнти з цукровим діабетом у нашій країні при формуванні власних уявлень про оптимальний рівень компенсації рівня глюкози в крові.

Ми зважаємо на те, що зв'язок між рівнем глікованого гемоглобіну та погіршенням/покращенням стану здоров'я у людей з цукровим діабетом не завжди є прямим, натомість використовуємо показник глікованого гемоглобіну, як глобальний маркер рівня самообслуговування та, відповідно, турботи про власне здоров'я, адже обидва ці показники міцно асоційовані з тим, як особистість приймає рішення з приводу компенсаційних заходів щодо рівня глюкози в крові.

Зважаючи на складність і деякий ступінь неоднозначності опосередкування значенням глікованого гемоглобіну рівня турботи про власне здоров'я, нами було прийнято рішення включити до дослідження і психологічну характеристику, яка має найбільший зв'язок зі здатністю особистості піклуватися про власне здоров'я та вдаватися до самообслуговування – внутрішній локус контролю здоров'я за опитувальником «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я». Це обумовлено тим, що дана характеристика особистості може бути асоційована, наприклад, зі здатністю людини з цукровим діабетом до дотримання гармонійного режиму дня, повноцінного харчування, здорового сну, збалансованих фізичних навантажень, зі здатністю знайти та застосувати найкращі з доступних методів лікування/підтримання власного здоров'я тощо, що має вплив на фізичне здоров'я.

Робоча гіпотеза емпіричного дослідження полягає у наявності впливу таких психологічних характеристик, як копінг-стратегії, показники процвітання і рівень тривоги на рівень турботи про власне здоров'я, який у нашому дослідженні розглядається у вигляді показників глікованого гемоглобіну і внутрішнього локусу контролю здоров'я. Відповідно, нульова гіпотеза буде підтвердженою у разі відсутності таких взаємозв'язків.

Таким чином, у першій частині аналізу ми використовуємо показник глікованого гемоглобіну у якості залежної змінної, тоді як результати психологічних тестувань виконують роль незалежних змінних у лінійній регресії. Як наслідок, ми можемо зрозуміти, чи справді є серед досліджуваних психологічних характеристик такі, які обумовлюють частину турботи про власне здоров'я, що виражається у рівні глікованого гемоглобіну в людей з цукровим діабетом.

Другий етап емпіричного дослідження присвячений вивченню зв'язку досліджуваних психологічних характеристик та внутрішнього локусу контролю здоров'я. Зважаючи на те, що рівень турботи про власне здоров'я не обмежується лише глікованим гемоглобіном, знаходження зв'язків з цією характеристикою дасть змогу більш широко поглянути на покращення якості життя людей з цукровим діабетом.

Учасниками пілотажного дослідження є пацієнти діабетологічного відділення Київського міського ендокринологічного центру. Вони були поінформовані про правила заповнення анкети та мали змогу висловити власну думку щодо подальшого дослідження.

Учасниками основної частини дослідження є учасники тематичних інтернет-ресурсів, присвячених цукровому діабету, та пацієнти Київського міського ендокринологічного центру. Серед тих, хто заповнив анкету, відбиралися респонденти з цукровим діабетом I типу.

Статистична обробка даних здійснювалася на основі програмного забезпечення Jamovi, в основі роботи якого лежить мова програмування R.

У дослідженні використано метод лінійної регресії. Цей метод застосовано з причини його відповідності потребам дослідження при досить високій надійності і можливості включення до моделі одразу декількох змінних. Він дає змогу визначити рівень впливу одразу декількох факторів на залежну змінну, оцінити загальний вплив одного фактора на інший та вплив всередині вибірки.

Програмне забезпечення Jamovi дає також змогу перевірити «Model Fit Measures» з урахуванням скоригованої міри пояснюваної дисперсії (Adjusted R²), дає змогу врахувати результати щодо залишків моделі на основі «Durbin–Watson Test for Autocorrelation» та «Normality Test (Shapiro-Wilk)», що збільшує наш рівень розуміння стабільності моделі і, відповідно, достовірності отриманих результатів.

2.1.2. Пілотажне дослідження потреб людей з цукровим діабетом

Первинно, для більш точного визначення подальшого напрямку роботи, було прийнято рішення провести попередній збір інформації від цільової аудиторії дослідження – людей з цукровим діабетом. Пілотажне дослідження проводилося з метою краще зрозуміти реальні потреби та інтереси людей з цукровим діабетом у нашій країні. Збір інформації відбувався у форматі анкетування з відкритими питаннями.

Серед пацієнтів діабетологічного відділення Київського міського ендокринологічного центру було розповсюджено анкету пілотажного дослідження, в якій респонденти могли дати відповіді на зазначені у таблиці 2.1.2.1 питання.

Таблиця 2.1.2.1 – питання анкети для пілотажного дослідження серед пацієнтів діабетологічного відділення

1	Яким є ваш вік?
2	Якою є ваша стать?
3	Яким є ваш тип діабету?
4	Яким є ваш стаж діабету (у роках)?
5	Чи маєте Ви ускладнення у зв'язку з діабетом? Які?
6	Яким є ваш останній показник глікованого гемоглобіну?
7	Як Ви оцінюєте ваш рівень турботи про власне здоров'я? (від 1 до 10, де 1 – «ніяк не турбуюся про власне здоров'я», а 10 – «дуже турбуюся про власне здоров'я»)

Таблиця 2.1.2.1 – питання анкети для пілотажного дослідження серед пацієнтів діабетологічного відділення (продовження)

8	Як Ви оцінюєте власний емоційний стан? (від 1 до 10, де 1 – «дуже погано», а 10 – «дуже добре»)
9	Чи зверталися Ви коли-небудь до психолога? Чи вважаєте доцільним відвідувати психолога при діабеті?
10	Чого Вам не вистачає, щоб краще слідкувати за вашим здоров'ям? (в першу чергу питання стосується психологічних характеристик - впевненості, мотивації, підтримки, спокою і т. п.)
11	Що найбільш негативно впливає на ваш емоційний стан у зв'язку з діабетом?
12	Що допомагає Вам піклуватися про власне здоров'я?
13	Тут Ви можете поділитися своїм досвідом життя з діабетом, а також вказати будь-які побажання, думки і рекомендації.

Усі зазначені питання були спрямовані на збір якісних даних про самооцінку турботи про власне здоров'я і власний емоційний стан, відношення до психологічної підтримки, фактори сприяння і перешкоджання турботі про власне здоров'я. Ці дані аналізувалися у зв'язку із загальними соціальними відомостями про осіб, які проходили опитування (вік, стать, стаж життя з діабетом тощо). Також учасники опитування могли вказати будь-які свої думки, побажання і рекомендації у вільному полі, про що були заздалегідь попереджені і чим користувалися.

До анкети було додано таку інструкцію: «Дане опитування проводиться в рамках наукової роботи, яка спрямована на покращення психологічної підтримки для людей з цукровим діабетом. Заповнення даної анкети допоможе нам краще сформулювати цілі дослідження та досягти кращих його результатів. Дослідження є

анонімним». Окремо також було усно роз'яснено цілі та умови проведення опитування, було дано відповіді на питання, які виникали у респондентів.

В результаті якісного та кількісного аналізу даних (контент-аналіз) анкетування виділено окремі категорії факторів, які респонденти так чи інакше згадували у відповідях на питання та які впливають на їхнє життя:

- «мотивація» - це усі згадки, які стосувалися знаходження сил, бажання, мотивації до дії, сили духу, терпіння і т. п.; наприклад, респонденти зазначали у анкетах такі словосполучення, як «бажання жити» чи «наполегливість і «турбота про власне здоров'я»;

- «зовнішні обставини» - до даної категорії було віднесено усі згадки про вплив обставин, які мало залежать від респондента; виражаються такі згадки словосполученнями на кшталт «впливає війна» чи «ціна за лікування»;

- «тривога» - ця категорія факторів стосується згадувань про обставини, які стосуються відчуття тривоги та пов'язаних з ним переживань; до даної категорії згадок було віднесені слова та словосполучення на кшталт «хвилювання» та «постійне очікування гіпоглікемії»;

- до категорії «соціальний фактор» було віднесено згадки про спілкування, участь у громадському житті, дозвілля у компанії і т. п.; даний фактор виражається такими словосполученнями, як «долучати до суспільних процесів» чи «відчуття неповноцінності у компанії»;

- категорія «сім'я» стосується згадок про участь найближчого оточення у житті респондента; наприклад, в анкетах було вказано такі словосполучення: «любов до рідних», «розуміння сім'ї, близьких, друзів, оточення»;

- до категорії «дозвілля» було віднесено згадки про непродуктивне чи рекреаційне проведення часу; це виражалось у словосполученнях на кшталт «відвідування театрів, концертів» та «піклування про тварин»;

- категорія «внутрішня опора» стосується згадок про внутрішні психологічні конструкти, які є для респондента сенсотворчими та мотивуючими до того, щоб піклуватися про власне здоров'я; наприклад, респонденти зазначали у анкетах такі словосполучення, як «щось робити, щоб не стати овочем», «самоналаштування, аутотренінг» чи «вчасно слідкувати за здоров'ям».

Серед 28 зібраних анкет таких, що стосувалися категорії факторів «мотивація» було 13, категорію «зовнішні обставини» було виявлено у 8 анкетах, до категорії «тривога» було віднесено 4, категорія «соціальний фактор» стосувалася 8 анкет, «сім'я» стосувалася 8 анкет, «дозвілля» було виявлено у 1 анкеті, категорія «внутрішня опора» стосувалася 4 анкет.

За підсумками проведеного анкетування, а також думок, які респонденти висловлювали при особистому спілкуванні, було дещо переглянуто структуру дослідження, до опитування включено блок питань, який стосується взаємин, більшу увагу надано мотивації та локусу контролю.

Ця частина роботи дала змогу не тільки нам, як дослідникам, більш чітко сформулювати цілі нашої роботи, а й наблизити наше дослідження до реальних життєвих обставин, в яких перебувають люди з цукровим діабетом у нашій країні на теперішній час.

2.1.3. Обґрунтування методів емпіричного дослідження

Задля забезпечення цілей та завдань дослідження було підібрано та використано низку опитувальників та їхніх окремих шкал. Усі опитувальники подавалися респондентам у онлайн-форматі з інструкцією щодо проходження.

Опитувальник «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я», який структурно складається з трьох шкал: «внутрішній локус», «випадок», «впливові інші» [1]. Кожна з указаних шкал відповідає за певне спрямування локусу контролю за здоров'ям і показує ступінь вираженості спрямування. В рамках

дослідження дані шкали дають змогу відслідкувати ступінь прояву та джерело мотивації щодо турботи про власне здоров'я. Таким чином, даний опитувальник дає змогу залучити одну із залежних змінних для проведення лінійної регресії в рамках нашої моделі.

Опитувальник «Brief-COPE» також має три основні шкали: «проблемно орієнтовані копінг-стратегії», «емоційно орієнтовані копінг-стратегії» та «уникаючі копінг-стратегії» [6]. Шкала «проблемно орієнтовані копінг-стратегії» відображає активне звернення до стресора та пошук розв'язання проблемної ситуації. Шкала «емоційно орієнтовані копінг-стратегії» передбачає регуляцію емоцій, пов'язаних зі стресором. Шкала «уникаючі копінг-стратегії» характеризується виконанням замінних завдань або пошуком соціальних контактів. Люди з цукровим діабетом I типу беззаперечно стикаються з труднощами, які пов'язані з їхнім діагнозом, а за допомогою залучення до дослідження наведених шкал ми можемо дослідити зв'язок різних підходів до подолання труднощів на рівень турботи про власне здоров'я і зробити висновки про те, який підхід є більш ефективним і який підхід варто виробляти чи заохочувати.

Методика «Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «PERMA-Профайлер» також розділяється на окремі шкали, деякі з яких ми використали в нашому дослідженні: «позитивні емоції», «сенс» та «відносини» [5]. Шкала «позитивні емоції» відображає загальні тенденції до відчуття задоволення та радості. Шкала «сенс» пов'язана із наявністю мети в житті, напряму життя та відчуттям значимості життя. Шкала «відносини» характеризується відчуттям любові, підтримки та цінності з боку інших. Шляхом залучення наведених шкал до дослідження ми можемо виявити вплив асоційованих з ними показників благополуччя на рівень турботи про власне здоров'я.

Опитувальник GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) відображає загальний рівень тривоги особистості [66]. Окремих шкал в собі даний опитувальник не містить. Його залучення до опитування дає змогу дослідити вплив тривоги в рамках

досліджуваних моделей впливу психологічних характеристик особистості на рівень турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом I типу.

Перша запропонована модель проведення лінійного регресійного аналізу передбачає використання показника глікованого гемоглобіну, який досліджувані вказували у анкеті опитування, у якості залежної змінної, тоді як у якості незалежної змінної виступають наступні показники: GAD-7, «PERMA-Профайлер» (шкали «позитивні емоції», «сенса» та «відносини»), «Brief-COPE» (шкали «проблемно орієнтовані копінг-стратегії», «емоційно орієнтовані копінг-стратегії» та «уникаючі копінг-стратегії») і стаж життя з цукровим діабетом.

Друга модель розглядає в якості залежної змінної показник внутрішнього локусу контролю за «Багатовимірною шкалою локусу контролю здоров'я», тоді як незалежними змінними виступили показники таких опитувальників: «GAD-7», Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «Perma-профайлер» («позитивні емоції», «сенса», «відносини»), шкали опитувальника «Brief COPE» («уникаючі копінг-стратегії», «емоційно орієнтовані копінг-стратегії», «проблемно орієнтовані копінг-стратегії»), а також стаж життя з діабетом. Дві шкали опитувальника «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я» не включалися до даної моделі у якості незалежних змінних, оскільки вони матимуть значний вплив на залежну змінну з причини їхньої спорідненості і наукова значимість отриманих результатів буде під загрозою.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

2.2.1. Аналіз психологічних та медичних характеристик досліджуваних з цукровим діабетом I типу

У першому блокові питань було зібрано загальні відомості про респондентів (вікова категорія (за ВООЗ), стать), дані для контролю однорідності вибірки (тип

цукрового діабету, прийом інсуліну) та дані про показники життя з захворюванням (стаж життя з цукровим діабетом, останній показник глікованого гемоглобіну).

Також усі респонденти в анкеті дали добровільну згоду на збір та обробку даних.

Розподіл значень є загалом нормальним для усіх досліджуваних характеристик з урахуванням розміру та специфіки вибірки. Далі дане твердження конкретизовано щодо окремих характеристик та підкріплено гістограмами і обрахунками.

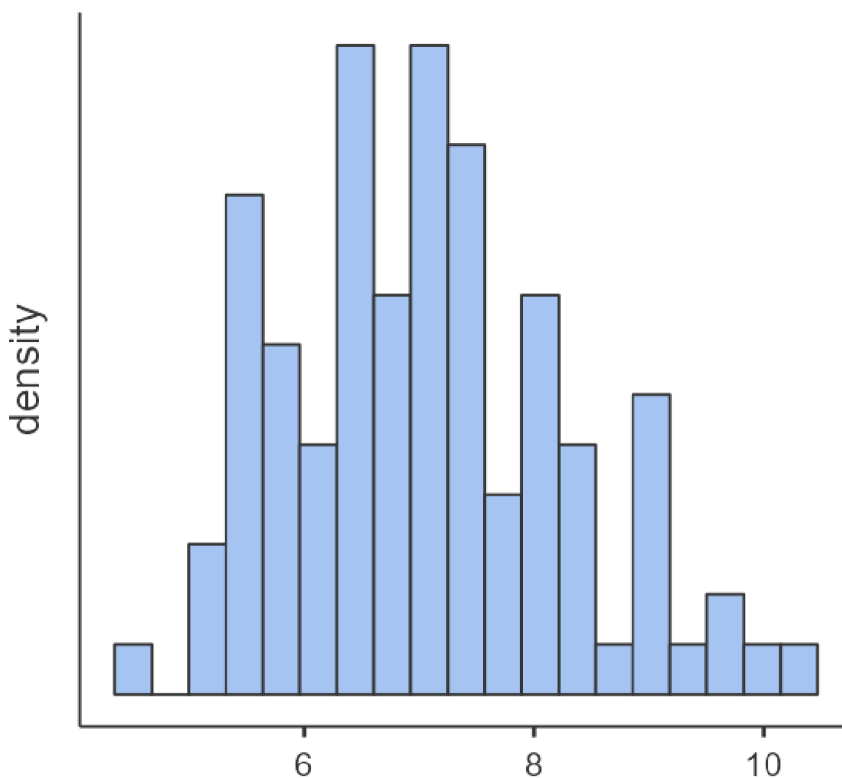


Рис. 2.1 – розподіл даних за показником «рівень глікованого гемоглобіну»

Таблиця 2.2.1.1 – описові характеристики показників рівня глікованого гемоглобіну у вибірці

Descriptives

	Яким є ваш останній показник глікованого гемоглобіну?
N	100
Missing	0
Mean	7.08
Median	7.10
Standard deviation	1.20
Minimum	4.50
Maximum	10.3

З наведених графіку та описової таблиці 2.2.1.1 стає зрозуміло, що розподіл рівня глікованого гемоглобіну є нормальним, а отже вибірка за даною ознакою підібрана коректно і аналіз даних на основі лінійної регресії із залученням вказаних даних є можливим.

При проходженні тестування за «Багатовимірною шкалою локусу контролю здоров'я» респондентам було запропоновано оцінити певні твердження по відношенню до ускладнень, пов'язаних з їхнім діагнозом.

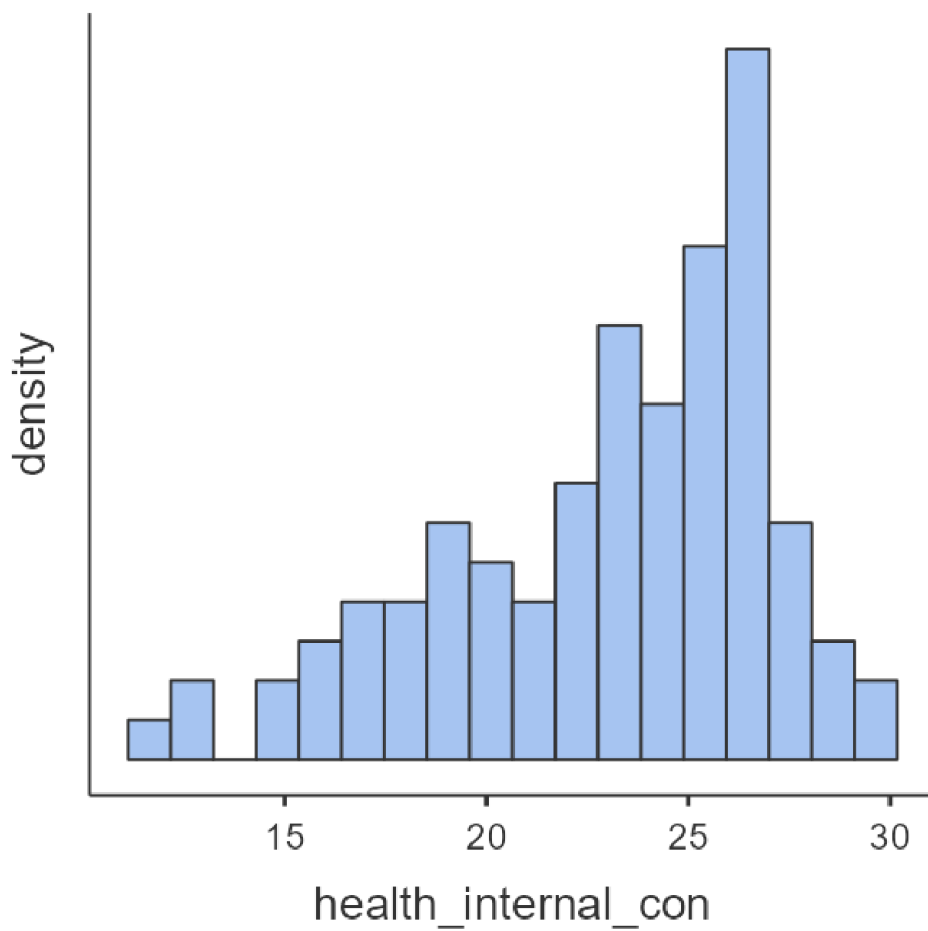


Рис. 2.2 – розподіл даних за показниками «Внутрішній локус контролю»

Шкала «Внутрішній локус контролю» демонструє деяке зміщення графіку вправо, що може бути специфікою даної вибірки та обумовлюватися викликами життя з цукровим діабетом, проте загалом розподіл є нормальним.

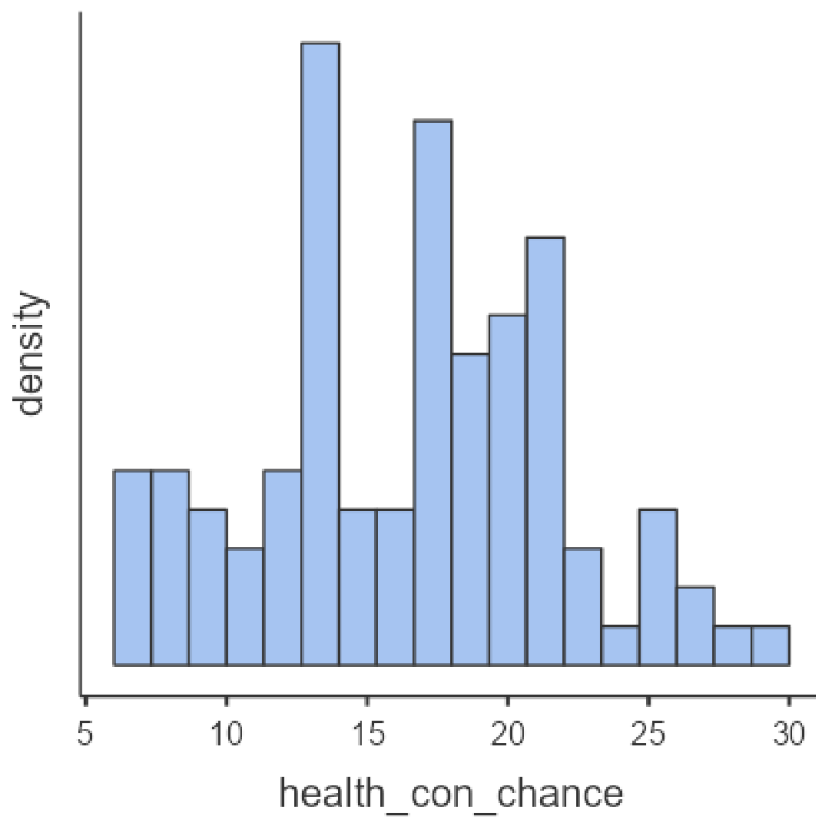


Рис. 2.3 – розподіл даних за показниками шкали «Випадок»

Шкала «Випадок» має наближений до нормального розподіл.

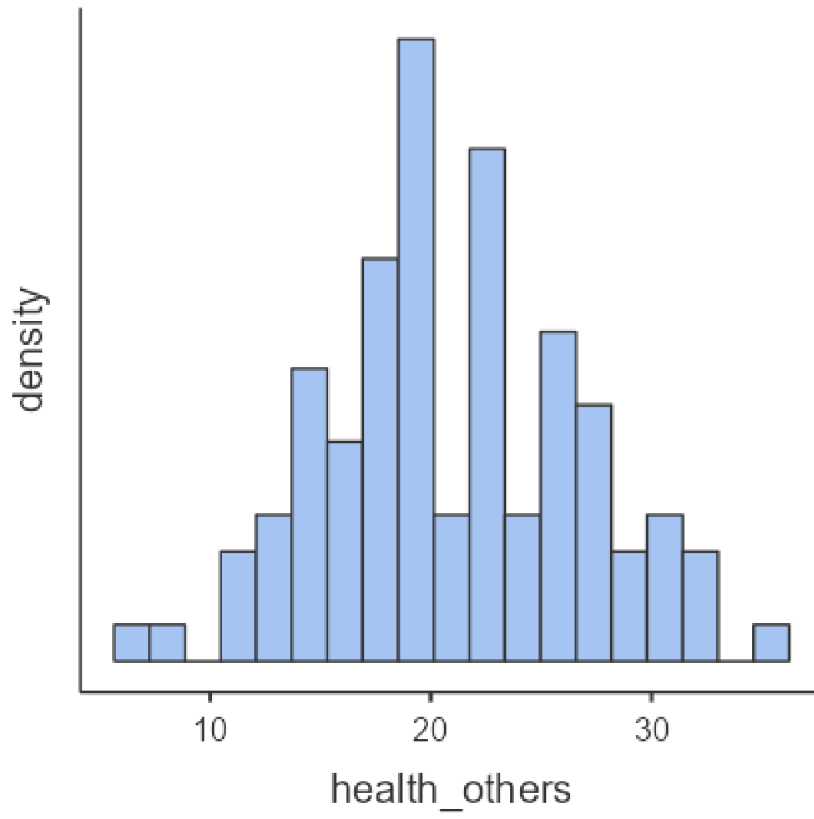


Рис. 2.4 – розподіл даних за показниками шкали «Впливові інші»

Шкала «Впливові інші» має нормальний розподіл.

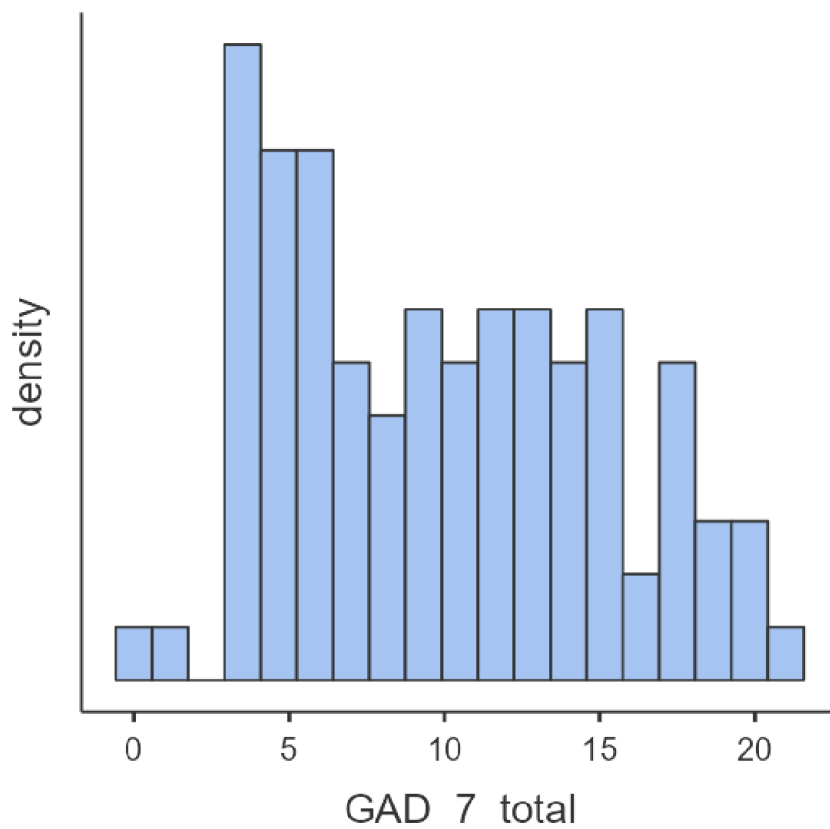


Рис. 2.5 – розподіл даних за показниками «GAD-7»

Деяке зміщення результатів GAD-7 вліво (до нижчих значень) може свідчити про загалом такий рівень тривоги у вибірці, про неточність даної методики в умовах нашого дослідження, або ж про тенденцію до применшення симптомів тривоги на тлі хронічного її протікання. За умов відсутності чітких свідчень про інше, ми схилиємося до першої гіпотези і користуємося нею в рамках даної роботи.

Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «PERMA-Профайлер» виявив загалом рівномірний розподіл значень по окремих шкалах (таблиця 2.2.1.2).

Таблиця 2.2.1.2 – описові статистики показників опитувальника «PERMA-Профайлер» за окремими шкалами

Descriptives

	PERMA_positive	PERMA_meaning	PERMA_relations
N	100	100	100
Missing	0	0	0

Таблиця 2.2.1.2 – описові статистики показників опитувальника «PERMA-Профайлер» за окремими шкалами

Descriptives

	PERMA_positive	PERMA_meaning	PERMA_relations
Mean	5.72	5.91	5.89
Median	6.00	5.67	6.00
Standard deviation	2.11	2.38	2.72
Minimum	1.00	0.00	0.00
Maximum	10.0	10.0	10.0

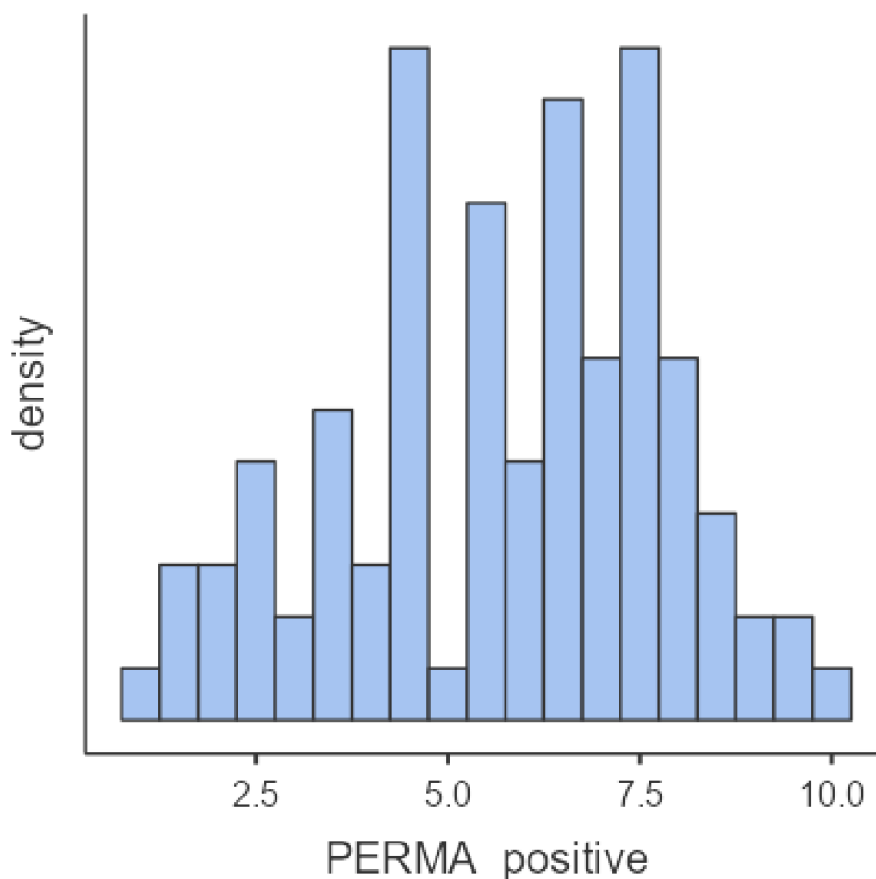


Рис. 2.6 – розподіл даних за показниками шкали «Позитивні емоції»

Шкала позитивних емоцій стосується загальних тенденцій до переживання радості і задоволення. У зібраній нами сукупності вона має наближений до нормального розподіл.

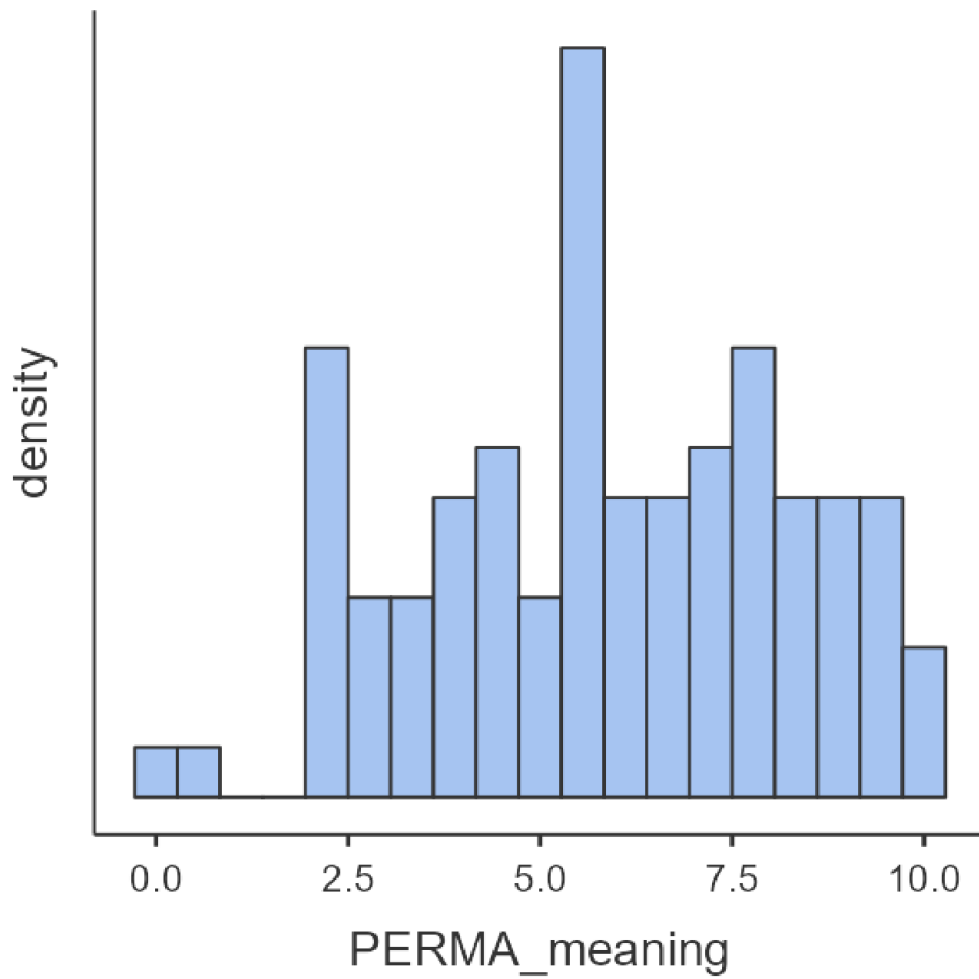


Рис. 2.7 – розподіл даних за показниками шкали «Сенс»

Шкала «Сенс» за «PERMA-Профайлер» має досить рівномірний розподіл.

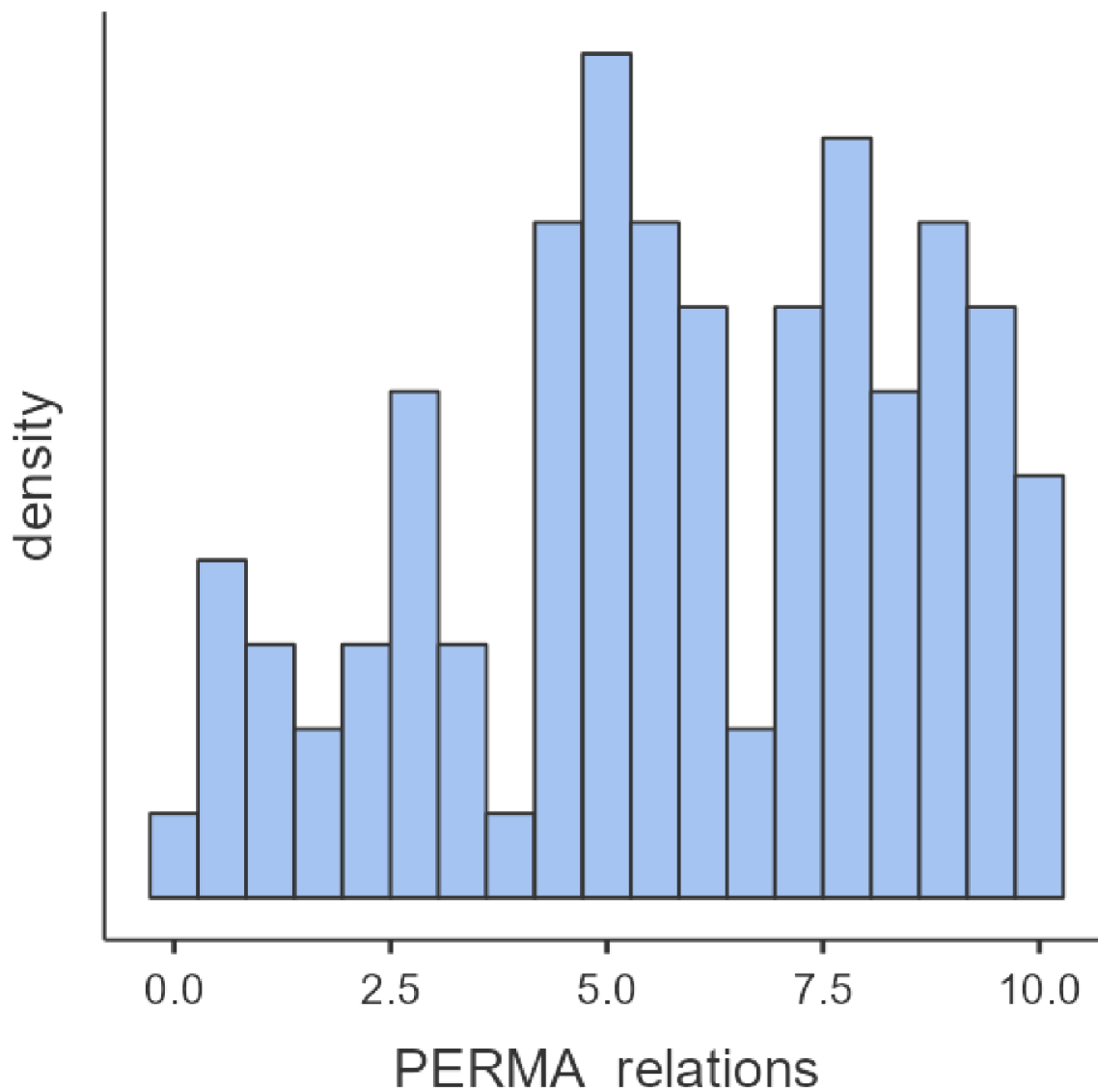


Рис. 2.8 – розподіл даних за показниками шкали «Відносини»

Шкала «Відносини» за «PERMA-Профайлер» має наближений до нормального розподіл, проте на себе звертає увагу загальна зміщеність значень вправо, що свідчить про поширеність високих значень даної шкали серед досліджуваних. Для уточнення вище наведено таблицю розподілу даних за цією характеристикою.

Шкали опитувальника «Brief-COPE» також виявили загалом нормальний розподіл значень відповідно до таблиці 2.2.1.3.

Таблиця 2.2.1.3 – описові статистики за шкалами опитувальника «Brief-COPE»

Descriptives

	problem_coping	emotional_coping	avoidance_coping
N	100	100	100
Missing	0	0	0
Mean	23.3	32.3	17.1
Median	23.0	33.0	17.0
Standard deviation	4.03	4.52	3.56
Minimum	11	20	8
Maximum	32	41	25

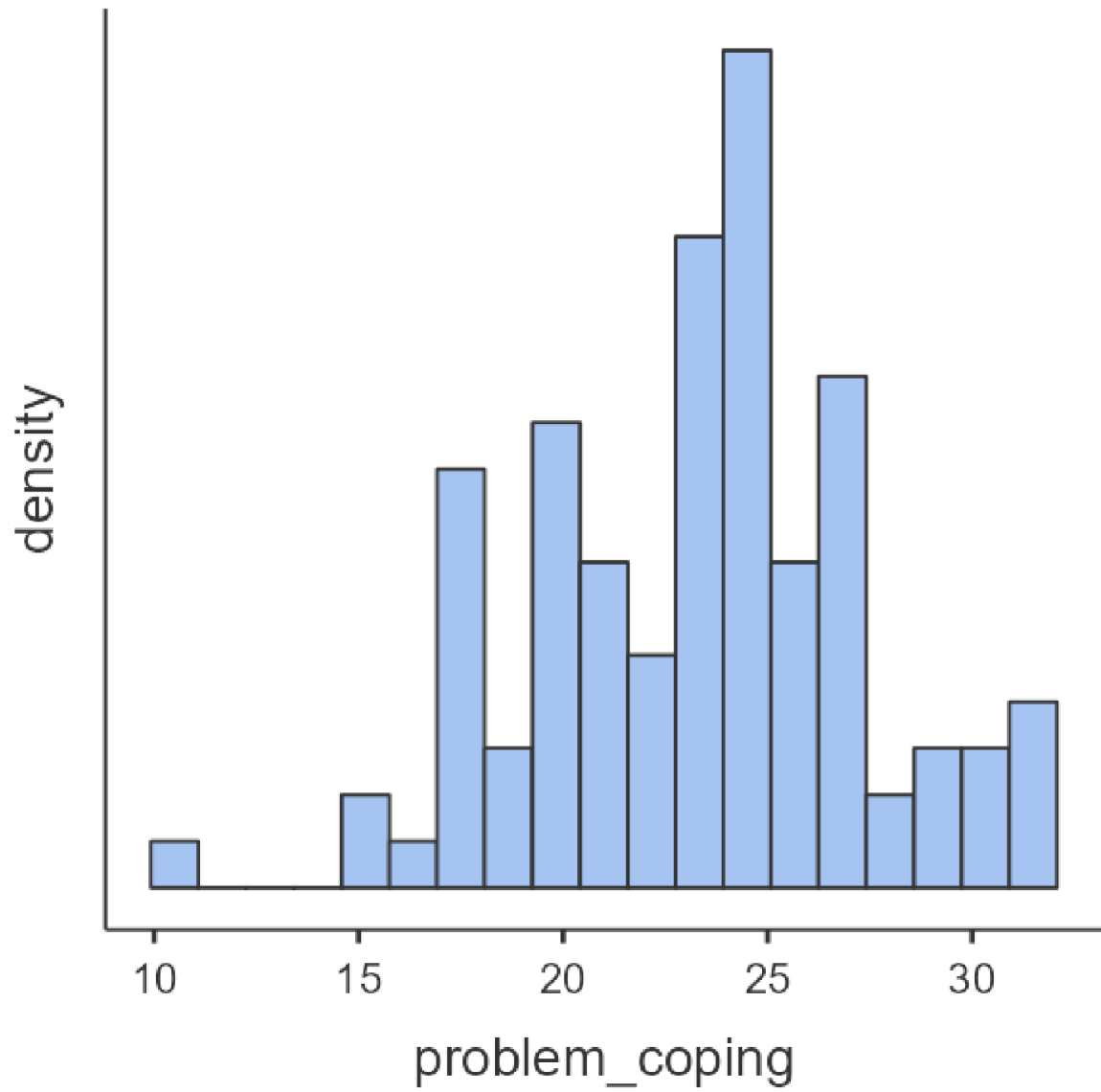


Рис. 2.9 – розподіл даних за показниками шкали «Проблемно орієнтовані копінг-стратегії»

Шкала «Проблемно орієнтовані копінг-стратегії» має нормальний розподіл.

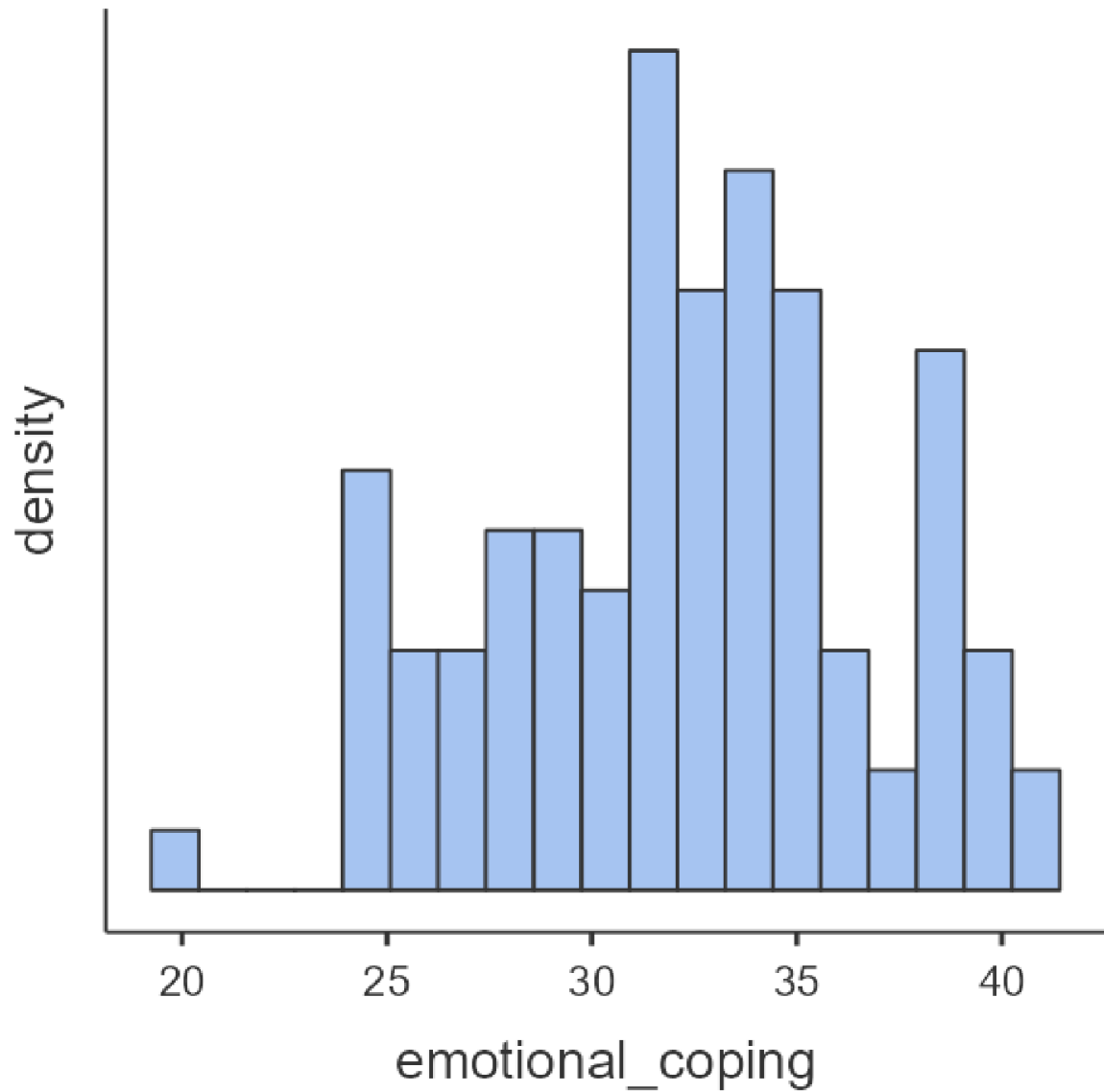


Рис. 2.10 – розподіл даних за показниками шкали «Емоційно орієнтовані копінг стратегії»

Шкала «Емоційно орієнтовані копінг стратегії» має загалом нормальний розподіл.

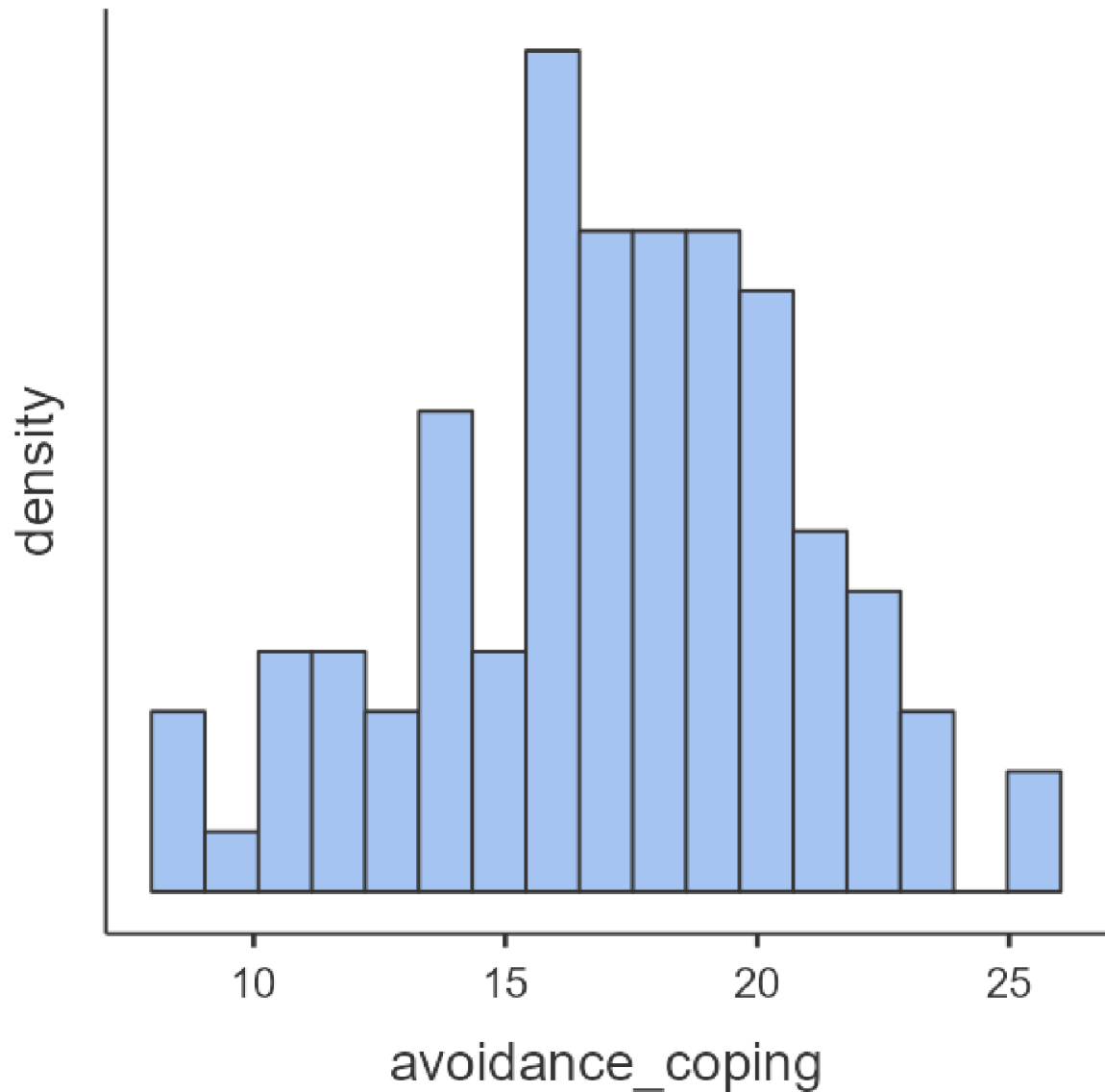


Рис. 2.11 – розподіл даних за показниками шкали «Уникаючі копінг стратегії»

Шкала «Уникаючі копінг-стратегії» за «Brief-COPE» має нормальний розподіл.

Загалом значення досліджуваних психологічних характеристик нашої вибірки представлені у таблиці 2.2.1.4.

Таблиця 2.2.1.4 – описові статистики показників загальних психологічних характеристик досліджуваних

Descriptives

	GAD_7_total	PERMA_positive	PERMA_meaning	PERMA_relations	problem_coping	emotional_coping	avoidance_coping	health_internal_con	health_chance	health_others
N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	10.0	5.48	5.91	5.89	23.3	32.3	17.1	22.9	16.6	20.9
Median	9.00	5.83	5.67	6.00	23.0	33.0	17.0	24.0	17.0	20.0
Standard deviation	5.16	2.29	2.38	2.72	4.03	4.52	3.56	4.09	5.39	5.77
Minimum	0.00	0.00	0.00	0.00	11.0	20.0	8.00	12.0	6.00	6.00
Maximum	21.0	10.0	10.0	10.0	32.0	41.0	25.0	30.0	30.0	35.0

2.2.2. Аналіз впливу психологічних характеристик на рівень піклування про власне здоров'я в осіб з діабетом I типу

Спочатку нами було проведено аналіз за допомогою лінійної регресії, де залежною змінною виступив рівень глікованого гемоглобіну, а незалежними змінними локуси контролю за опитувальником «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я», результати опитувальника GAD-7, шкали опитувальника «Perma-Профайлер» («позитивні емоції», «сенс», «відносини»), шкали опитувальника «Brief COPE» («унікаючі копінг-стратегії», «емоційно орієнтовані копінг-стратегії», «проблемно орієнтовані копінг-стратегії»), а також стаж життя з цукровим діабетом. Обрахунки представлені у таблиці 2.2.2.1.

Таблиця 2.2.2.1 – модель лінійної регресії впливу незалежних змінних на показник рівня глікованого гемоглобіну

Model Coefficients - Яким є ваш останній показник глікованого гемоглобіну?

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	5.63558	1.2901	4.3683	<.001	
Ваш стаж життя з діабетом (у роках)	0.01067	0.0133	0.8016	0.425	0.08871

Таблиця 2.2.2.1 – модель лінійної регресії впливу незалежних змінних на показник рівня глікованого гемоглобіну

Model Coefficients - Яким є ваш останній показник глікованого гемоглобіну?

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
health_others	-0.01969	0.0230	-0.8575	0.393	-0.09455
health_internal_con	0.04726	0.0382	1.2383	0.219	0.16077
health_con_chance	0.02310	0.0237	0.9753	0.332	0.10366
problem_coping	0.01083	0.0443	0.2443	0.808	0.03635
emotional_coping	-0.05734	0.0407	-1.4104	0.162	-0.21555
avoidance_coping	0.02561	0.0422	0.6074	0.545	0.07583
GAD_7_total	0.03278	0.0290	1.1304	0.261	0.14085
PERMA_positive	0.05055	0.0552	0.9163	0.362	0.09643
PERMA_meaning	0.13872	0.0818	1.6956	0.093	0.27449
PERMA_relations	0.00118	0.0702	0.0168	0.987	0.00267

У підсумку така модель виявилася невалідною, пояснюючи статистично незначиму частину розподілу даних, що показано у таблиці 2.2.2.2.

Таблиця 2.2.2.2 – показники валідності регресійної моделі впливу незалежних змінних на показник рівня глікованого гемоглобіну

Model Fit Measures

Model	R	R ²	Adjusted R ²	Overall Model Test			
				F	df1	df2	P
1	0.337	0.114	0.00296	1.03	11	88	0.430

Перевірка на випадковість розподілу залишків підтвердила наше припущення щодо невалідності моделі, що показано у таблиці 2.2.2.3.

Таблиця 2.2.2.3 – показники перевірки розподілу залишків

Durbin–Watson Test for Autocorrelation

Autocorrelation	DW Statistic	P
0.0496	1.90	0.578

Таблиця 2.2.2.3 – показники перевірки розподілу залишків

Durbin–Watson Test for Autocorrelation

Autocorrelation	DW Statistic	P
Normality Test (Shapiro-Wilk)		
Statistic	p	
0.982	0.205	

Таким чином, ми можемо стверджувати про недієвість моделі, в якій показник рівня глікованого гемоглобіну розглядається в якості залежної змінної, а результати тестувань, які ми розглядаємо в рамках даної роботи, в якості незалежних змінних.

Далі, в рамках другої моделі, нами було проведено аналіз за допомогою лінійної регресії, де залежною змінною виступили результати за шкалою «внутрішній локус контролю» за опитувальником «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я», а незалежними змінними результати опитувальника «GAD-7», шкали опитувальника «Perma-профайлер» («позитивні емоції», «сенс», «відносини»), шкали опитувальника «Brief COPE» («уникаючі копінг-стратегії», «емоційно орієнтовані копінг-стратегії», «проблемно орієнтовані копінг-стратегії»), а також стаж життя з діабетом. Інші шкали опитувальника «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я» не включалися до даної моделі у якості незалежних змінних, оскільки, очевидно, вони матимуть значний вплив на залежну змінну з причини їхньої спорідненості і наукова значимість отриманих результатів буде під загрозою. Результати обчислень представлені у таблиці 2.2.2.4.

Таблиця 2.2.2.4 – модель лінійної регресії впливу незалежних змінних на показник внутрішнього локусу контролю здоров'я

Model Coefficients - health_internal_con

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	8.18710	3.0936	2.6465	0.010	

Таблиця 2.2.2.4 – модель лінійної регресії впливу незалежних змінних на показник внутрішнього локусу контролю здоров'я

Model Coefficients - health_internal_con

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Ваш стаж життя з діабетом (у роках)	0.08455	0.0351	2.4097	0.018	0.20673
problem_coping	0.22589	0.1187	1.9023	0.060	0.22279
emotional_coping	0.16700	0.1103	1.5138	0.134	0.18454
avoidance_coping	0.02853	0.1161	0.2456	0.807	0.02484
PERMA_positive	0.23765	0.3251	0.7310	0.467	0.12295
PERMA_meaning	-0.18648	0.2510	-0.7428	0.459	-0.10847
PERMA_relations	0.42230	0.2016	2.0952	0.039	0.28113
GAD_7_total	-0.00587	0.0870	-0.0674	0.946	-0.00741

Разом незалежні змінні здійснюють виражений вплив на залежну змінну. В таблиці 2.2.2.5, яка знаходиться нижче, нас в першу чергу цікавлять скоригована міра поясненої дисперсії залежної змінної (Adjusted R²) та р-значення.

табл. 2.2.2.5. Аналіз показників статистичної валідності моделі

Model Fit Measures

Model	R	R ²	Adjusted R ²	Overall Model Test			
				F	df1	df2	P
1	0.621	0.386	0.332	7.14	8	91	<.001

Відповідно до отриманих даних, скоригована міра поясненої дисперсії в нашій моделі становить 0.332, що свідчить про високий ступінь залежності варіації залежної змінної від варіацій незалежних змінних. Рівень пояснення спостережуваної дисперсії – 33%.

Значення р за Model Fit Measures у даній моделі складає <.001, що свідчить про високий ступінь достовірності моделі, її надійність, сильний зв'язок між досліджуваними факторами.

У нашій моделі відбувалася перевірка автокореляцій залишків моделі. У випадку виявлення, наявність автокореляцій свідчить про можливі системні зміщення. В даному випадку статистично значущих ознак цих зміщень немає, тобто автокореляції залишків не виявлено, а отже наша регресійна модель є стабільною, що підтверджено в таблиці 2.2.2.6.

Таблиця 2.2.2.6 – показники перевірки автокореляцій залишків моделі

Durbin–Watson Test for Autocorrelation

Autocorrelation	DW Statistic	p
-0.128	2.23	0.274

Наша модель пройшла перевірку нормальності розподілу залишків, результати якої представлені у таблиці 2.2.2.7.

Таблиця 2.2.2.7 – показники перевірки нормальності розподілу залишків

Normality Test (Shapiro-Wilk)

Statistic	p
0.981	0.158

Дана перевірка також засвідчила про коректність моделі і, відповідно, обчислень за нею.

Окрему увагу на себе звертає зв'язок стажу життя з діабетом та внутрішнього локусу контролю здоров'я у нашій моделі. У зв'язку з цим було проведено додаткову парну кореляцію (таблиця 2.2.2.8) між даними характеристиками з метою детальнішого аналізу їхнього взаємозв'язку.

Таблиця 2.2.2.8 – показники кореляції стажу життя з діабетом та внутрішнього локусу контролю

Correlation Matrix

		Ваш стаж життя з діабетом (у роках)	health_internal_con
Ваш стаж життя з діабетом (у роках)	Pearson's r	—	
	df	—	
	p-value	—	
health_internal_con	Pearson's r	0.269	—
	df	98	—
	p-value	0.007	—

Відповідно до наведених даних, зв'язок є статистично значущим. Змінні корелюють на слабкому, проте значимому, рівні ($0,1 < r < 0,3$) ($p < .01$).

Результати нашого дослідження свідчать про досить високий рівень обумовленості внутрішнього локусу контролю здоров'я у людей з цукровим діабетом I типу іншими психологічними особливостями (характеристиками) особистості. А отже ми можемо стверджувати про те, що виявили ті психологічні характеристики, які пов'язані зі здатністю людини з цукровим діабетом I типу до прояву турботи про власне здоров'я.

Натомість показник глікованого гемоглобіну не виявив статистично значущих зв'язків з досліджуваними в рамках даної роботи психологічними характеристиками. Це можна пов'язати з невідповідністю конкретних тестів, великому значенню опосередковуючих факторів між досліджуваними характеристиками, специфіки вибірки в аспекті рівня глікованого гемоглобіну чи відсутністю серед досліджуваних характеристик саме тих, які справді мають значущий вплив на рівень глікованого гемоглобіну у людей з цукровим діабетом I типу. Ці припущення підлягають подальшій перевірці.

Наша модель, яка стверджувала, що турбота про власне здоров'я у людей з діабетом I типу в психологічному сенсі виражається в ступені прояву внутрішнього локусу контролю здоров'я, і пов'язана з деякими іншими психологічними характеристиками, була підтверджена методом лінійної регресії з 33% поясненої дисперсії.

Найбільший вклад в пояснення дисперсії склали шкала «відносини» за «PERMA-Профайлер», шкала «проблемно орієнтовані копінг-стратегії» за «Brief-COPE», шкала «емоційно орієнтовані копінг-стратегії» за «Brief-COPE», «позитивні емоції» за «PERMA-Профайлер» та стаж життя з цукровим діабетом I типу у досліджуваних. Усі зв'язки мали позитивний характер, тобто зі збільшенням незалежної змінної тенденцію до збільшення мала і залежна, і навпаки.

Навіть дещо неочікуваними для нас стали результати щодо значення позитивних відносин у житті досліджуваних відносно вираженості внутрішнього локусу контролю здоров'я. Відповідна шкала була введена у дослідження за підсумками пілотажного дослідження, де респонденти виявили значний ступінь згадок про значення відносин з оточуючими у власному побуті, пов'язаному з цукровим діабетом. Виявлений вплив може мати кілька інтерпретацій:

- оточуючі можуть позитивно впливати на рівень здатності людини з цукровим діабетом I типу самостійно впливати на власне здоров'я шляхом підтримки і любові;
- люди з цукровим діабетом I типу, які мають кращий ступінь турботи про власне здоров'я, мають і кращі взаємини з оточуючими, що обумовлено їхнім кращим фізичним самопочуттям;
- існує деякий не визначений фактор, який одночасно підвищує і здатність до побудови кращих відносин з оточуючими, і здатність до того, щоб брати на себе відповідальність за власне здоров'я; вірогідно, цей фактор може стосуватися сумлінності чи добросовісності.

На нашу думку, більший ступінь орієнтації на вирішення проблеми в якості копінг-стратегії може мати значущий вплив на внутрішній локус контролю здоров'я і, відповідно, на здатність особистості брати на себе відповідальність за власне здоров'я, з наступних причин:

- орієнтація на проблему носить вкрай практичний, звернений до стресора, характер, а отже може ґрунтуватися на впевненості у власній спроможності впоратися з певною задачею, що, в свою чергу, може мати тісний зв'язок з внутрішнім локусом контролю здоров'я, посилюючи його;
- внутрішній локус контролю здоров'я призводить до вироблення копінг-стратегій, спрямованих на подолання стресора.

Емоційно орієнтовані копінг-стратегії можуть мати вплив на внутрішній локус контролю здоров'я з наступних причин:

- регуляція пов'язаних зі стресом емоцій впливає на відчуття впевненості щодо власної можливості впливати на власне здоров'я і, відповідно, на результати тестування щодо внутрішнього локусу контролю здоров'я;
- здатність керувати емоціями може бути пов'язана з мотивацією, яка, в свою чергу, впливає на здатність особистості вирішувати питання, які стосуються її здоров'я;
- емоційний добробут сприяє здатності особистості до самостійного подолання труднощів шляхом підвищення резильєнтності.

Досить значущою в нашій моделі виявилася також шкала «позитивні емоції» за «PERMA-Профайлер», яка стосується загальних тенденцій відчуття радості і задоволення. Її вплив на внутрішній локус контролю здоров'я в контексті нашого дослідження може мати декілька пояснень:

- позитивний емоційний фон сприяє мотивації до дії і впевненості у власній здатності досягати цілей в контексті турботи про власне здоров'я;

- люди з вираженим внутрішнім локусом контролю щодо здоров'я шляхом покращення власного фізичного самопочуття покращують і загальний емоційний фон;
- повсякденні досягнення у турботі за власним здоров'ям, які обумовлені вираженістю внутрішнього локусу контролю, призводять до системного збільшення кількості позитивних переживань.
- більша кількість позитивних емоцій, у зв'язку з асоційованою з нею меншою кількістю депресивних переживань, має вплив на мотиваційну сферу особистості і, відповідно, здатність піклуватися про власне здоров'я.

Такі результати також свідчать про те, що більш ефективною у випадку турботи про власне здоров'я виявляється мотивація, спрямована на досягнення цілі, а не на уникнення негативних наслідків.

Окремої уваги заслуговує вплив стажу життя з цукровим діабетом на прояв внутрішнього локусу контролю здоров'я у досліджуваних. Такі результати можуть мати кілька пояснень:

- люди з цукровим діабетом I типу, які мають більш виражений внутрішній локус контролю здоров'я, в середньому мають і більш тривале життя з власним діагнозом, а отже внутрішній локус контролю здоров'я опосередковано збільшує тривалість життя для даної категорії населення;
- внутрішній локус контролю здоров'я певним чином виробляється чи посилюється з тривалістю життя із захворюванням, виступаючи в ролі компенсаторного або захисного механізму чи копінг-стратегії задля подолання негативних переживань, пов'язаних з даним діагнозом;
- серед вибірки відбулося два непомічених для нас зміщення, які одночасно призвели до таких результатів та компенсували інші видимі прояви одне одного: перше зміщення стосувалося аудиторії з меншим стажем життя з цукровим діабетом, яка через невизначені внутрішні причини з більшою вірогідністю брала

участь у опитуванні, тоді як друге зміщення відбулося у зв'язку з тим, що серед аудиторії з більшим стажем життя з захворюванням внутрішній локус контролю був пов'язаний з більшою вірогідністю участі у опитуванні.

Також можливо, що більше одного із наведених припущень є частково вірними та певною мірою пояснюють отримані нами результати.

Аналіз наших моделей засвідчив про те, що наша модель з використанням показника внутрішнього локусу контролю здоров'я в якості залежної змінної є дієвою, пояснюючи 33% спостережуваної дисперсії за даною характеристикою.

Перспективи подальших досліджень

Варто зауважити, що наше дослідження не позбавлене деяких обмежень, обумовлених його специфікою. Такі обмеження обумовлені здебільшого методологією і масштабами дослідження.

Наведені опитувальники і справді можуть не розкривати саме ті психологічні характеристики особистості, які мають значний вплив на залежну змінну у випадку рівня глікованого гемоглобіну. Таким чином, даний аспект може бути перевірений шляхом використання більш розширених варіацій опитувальників за певним напрямком дослідження.

Окремого, більш глибокого, дослідження вимагає і питання співвідношення тривоги і рівня турботи про власне здоров'я з урахуванням сучасних реалій хронічного стресогенного впливу в Україні.

В даному дослідженні не розглянуто когнітивні здібності, як такі, що мають зв'язок з рівнем турботи про власне здоров'я.

В продовження теми когнітивних здібностей варто розглянути й органічні аспекти. Тому в подальших дослідженнях варто звернути більшу увагу на органічні

ураження мозку у зв'язку з цукровим діабетом і їхні наслідки для психологічного добробуту.

В контексті взаємовпливу стресу та низького рівня контролю за глікемією варто приділити більшу увагу гормональній складовій, адже стрес в основі своїй є неспецифічною реакцією, а отже одночасно пов'язаний, як з психологічними, так і з поведінковими та фізіологічними проявами.

Серед інших обмежень виділяється неможливість повноцінно диференціювати випадки перепадів глюкози в крові у досліджуваних і випадки схильності до гіпоглікемії. Проте ми вважаємо цю похибку незначущою з урахуванням величини вибірки. Але урахування та всебічний розгляд даного фактору може дати змогу значно розширити наші уявлення про психологічні особливості людей з даним захворюванням.

Розширити наше дослідження можна також шляхом уточнення зв'язку внутрішнього локусу контролю з показниками, пов'язаними з турботою про власне здоров'я. Це можуть бути такі показники, як дотримання режиму дня, фізичної активності, якості харчування, якості сну і т. п.. Окремий інтерес викликає саме показник внутрішнього локусу контролю за опитувальником «Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я», який фігурував у нашому дослідженні.

Поглянути під новим кутом на дослідження з теми психологічного стану осіб з соматичними захворюваннями на прикладі цукрового діабету I типу можна за допомогою впровадження лонгітюдного дослідження, яке дасть змогу розглянути зміни психологічного стану в залежності від стажу життя з захворюванням.

Висновки до розділу II

Емпірична частина дослідження була розділена на пілотне та основне дослідження. Основне емпіричне дослідження розглядало дві моделі впливу

психологічних характеристик на рівень турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом I типу.

Пілотажне дослідження було покликано наблизити наше основне дослідження до реальних потреб цільової аудиторії на основі якісного дослідження, в якому взяли участь 28 осіб. За підсумками цієї роботи до анкети було додано блок питань, який стосується взаємин з оточуючими, більшу увагу приділено питанню мотивації і локусу контролю. У підсумку, взаємини з оточуючими виявилися досить значущими у одній із наших моделей. Як підсумок, проведення пілотажного дослідження дало змогу підвищити якість основного дослідження.

До основного емпіричного дослідження було залучено 100 осіб, які мають в анамнезі цукровий діабет I типу. Перша модель, яка розглядалася в рамках емпіричного дослідження, висувала показник глікованого гемоглобіну в якості залежної змінної лінійної моделі, яка відображає рівень турботи про власне здоров'я. Незалежними змінними виступили показники наступних опитувань: GAD-7, Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «PERMA-Профайлер» (шкали «позитивні емоції», «сенс» та «відносини»), «Brief-COPE» (шкали «проблемно орієнтовані копінг-стратегії», «емоційно орієнтовані копінг-стратегії» та «уникаючі копінг-стратегії») і стаж життя з цукровим діабетом.

Друга модель розглядала в якості залежної змінної показник внутрішнього локусу контролю за «Багатовимірною шкалою локусу контролю здоров'я», тоді як незалежними змінними виступили показники таких опитувальників: «GAD-7», Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «Perma-профайлер» («позитивні емоції», «сенс», «відносини»), шкали опитувальника «Brief COPE» («уникаючі копінг-стратегії», «емоційно орієнтовані копінг-стратегії», «проблемно орієнтовані копінг-стратегії»), а також стаж життя з цукровим діабетом.

У дослідженні задіяно метод лінійної регресії, який дав змогу розкрити основні закономірності запропонованих моделей і ступінь впливу кожного фактора в рамках моделей. Додаткові обчислення дали змогу врахувати результати щодо

залишків моделі на основі «Durbin–Watson Test for Autocorrelation» та «Normality Test (Shapiro-Wilk)», що збільшило наше розуміння дієвості моделей.

Усі задіяні до емпіричного дослідження методики є адаптованими українською мовою.

Загалом розподіл окремих характеристик в анкеті, яку проходили досліджувані, є нормальним, що свідчить про коректність вибірки.

В рамках першої моделі, яка розглядається, не було виявлено статистично значущих зв'язків. Модель виявилася невалідною.

Друга модель виявила значущий вплив незалежних змінних на залежну. Рівень поясненої дисперсії – 33%. Найбільш значущі результати показали шкали «відносини» та «позитивні емоції» за «PERMA-Профайлер», шкала «проблемно орієнтовані копінг-стратегії» за «Brief-COPE», шкала «емоційно орієнтовані копінг-стратегії» за «Brief-COPE», а також стаж життя з цукровим діабетом I типу у досліджуваних.

Таким чином, ми допускаємо наявність досить вираженого впливу психологічних характеристик, які вимірюють наведені вище методики, на рівень турботи про власне здоров'я, який виражається у показнику внутрішнього локусу контролю «Багатовимірної шкали локусу контролю здоров'я» у людей з цукровим діабетом I типу.

РОЗДІЛ III. СИСТЕМА РЕКОМЕНДАЦІЙ ДЛЯ ПРЕВЕНЦІЇ НЕГАТИВНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА ЗАДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПІКЛУВАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

3.1. Теоретичне та емпіричне обґрунтування розробленої системи рекомендацій

Дані, отримані з дослідницької частини даної роботи, свідчать про те, що деякі психологічні характеристики мають значний вплив на те, як особа з цукровим діабетом I типу піклується про власне здоров'я. На основі цього базується формуюча частина нашої роботи, покликана попередити і мінімізувати негативні психологічні впливи, а також ввести і посилити позитивні психологічні впливи, з метою підвищення рівня піклування про здоров'я осіб з цукровим діабетом.

Враховуючи фізіологічну подібність цукрового діабету I типу з цукровим діабетом II типу, до певної межі отримані результати можуть бути застосовані щодо обох захворювань.

Нами було прийнято рішення структурно розділити систему рекомендацій на три частини, кожна з яких стосується окремої категорії осіб, тісно інтегрованої в тему життя з цукровим діабетом. Таких основних категорій нами було виділено три: люди з цукровим діабетом, найближче оточення (сім'я, друзі, знайомі), медичні працівники разом з системою охорони здоров'я. Рівень занурення в тему різниться у кожній з представлених категорій осіб. Людина з діабетом має суб'єктивний досвід переживань та життя з захворюванням; оточення стикається з людьми, які мають цукровий діабет, в побутових умовах; медичні працівники мають певний рівень академічної компетентності щодо медичних аспектів життя з захворюванням, а також досвід спілкування з пацієнтами в рамках медичної системи. Таким чином, дані категорії осіб відрізняються за рівнем розуміння механізмів захворювання, специфікою спілкування з особами з цукровим діабетом,

можливістю впливу на стан здоров'я та психологічне благополуччя даної категорії населення.

Важливо зазначити, що попри те, що оточення і медичні працівники лише обмежено можуть впливати на психологічний стан осіб з цукровим діабетом, вони здатні зробити чимало за рахунок інформування, підтримки і дестигматизації, що буде детальніше розглянуто далі.

Основною ціллю даних рекомендацій є досягнення кращих клінічних результатів, стану здоров'я та самопочуття шляхом підвищення рівня піклування про власне здоров'я.

3.2. Система рекомендацій для превенції негативних наслідків психологічних проявів та задля підвищення рівня піклування про здоров'я

3.2.1. Рекомендації для людей з цукровим діабетом

Люди з цукровим діабетом, очевидним чином, мають найбільшу можливість впливу на власний психологічний стан, порівняно з їхнім оточенням. І хоча у оточення часто є опосередковані можливості впливу, все ж, з метою досягнення найбільш точного і швидкого результату, робота в першу чергу має відбуватися з людьми, які мають цукровий діабет.

Урахування індивідуальних уподобань та культурних норм кожної окремої людини, яка належить до цільової групи впливу, має важливе значення і є однією з умов успішного впровадження майбутніх програм впливу. Соціальні умови та доступ до різних матеріальних благ також мають бути враховані при плануванні індивідуальних втручань.

Відповідно до результатів емпіричного дослідження, робота із психологом, якщо вона не має інших, більш нагальних, напрямків, задля найбільш позитивного

впливу на рівень турботи про власне здоров'я, повинна бути спрямована на розуміння власних емоцій, орієнтацію на вирішення проблеми, розвиток здатності до підтримання гармонійних стосунків з оточуючими, підвищення сприйнятливості до позитивних переживань за рахунок зниження рівня депресивних проявів.

З урахуванням того, що емоційно орієнтовані копінг-стратегії виявили значущий вплив на рівень турботи про власне здоров'я, в рамках психологічних втручань для людей з цукровим діабетом ми можемо рекомендувати навчання регуляції емоцій. Розуміння власних переживань та контроль над ними можуть досягатися такими методами:

1. Індивідуальні сесії з психологом/психотерапевтом. Такого роду робота має найбільш комплексний вплив та може бути рекомендована в багатьох випадках. Розмаїття можливих форм впливу вражає: від КПТ до терапії мистецтвом. Тут кожен може обрати той метод, який буде найкраще відповідати його уявленням про психологічні втручання.
2. Проведення групового навчання [23]. Перевага цього методу в його багатогранності і комплексності впливу. Одночасно з терапевтичним впливом, який забезпечується модерацією групи зі сторони фахівця, існує й соціально фасилітуючий вплив спільноти однодумців зі схожим досвідом.
3. В окремих випадках може бути рекомендована медитація, як підтверджений метод сприяння емоційній регуляції [73]. Вид та форму медитації має встановлювати фахівець з вищою освітою, яка забезпечує наукове розуміння механізмів роботи даного методу задля забезпечення різних потреб клієнта.
4. Також з метою покращення емоційної регуляції можуть бути запропоновані інші, менш поширені, але підтверджені методи, такі, як, наприклад, тренування робочої пам'яті [31, 48]. Справді, якщо метод має підтверджену ефективність, він може бути застосований.

Наведені методи можуть бути подані у не обтяженій зайвими формалізмом та ускладненнями формі, оскільки більшість людей, які звертатимуться за послугами з покращення емоційної регуляції у випадку нашої цільової аудиторії не матимуть гострої, життєво необхідної тут і зараз, потреби в таких втручаннях. Натомість це будуть особи, які потребуватимуть підкріплення власної мотивації на шляху покращення власного психологічного добробуту і, опосередковано, стану турботи про здоров'я. Таким чином, запропоновані методи рекомендовано подавати у формі, яка матиме суб'єктивну цінність для клієнта.

Розвиток копінг-стратегій, орієнтованих на вирішення проблеми може бути досягнуто за рахунок індивідуальної роботи з психологом, і покликано надати особистості розуміння альтернативних моделей підходу до вирішення проблемних ситуацій, які будуть орієнтовані на подолання стресора, на противагу уникненню чи іншим копінг-стратегіям.

Здатність до підтримання гармонійних стосунків з оточуючими, в залежності від обставин конкретної особистості, може бути підтримана та розвинута у рамках індивідуальних сесій з психологом/психотерапевтом або в рамках групової роботи. Індивідуальна робота буде прерогативою у випадку наявності глибоких внутрішніх психологічних утворень, які перешкоджають якісній побудові відносин з оточуючими. Групова ж робота має бути обрана у інших випадках, коли навички побудови взаємин радше вимагають добудови і покращення, ніж мають бути деконструйовані і перебудовані.

Розвиток здатності до позитивних переживань першочергово підлягає розвитку за підтримки спеціаліста на тлі ангедонії і депресивних проявів. Тут важливо диференціювати патологічні стани, які потребують радше медичного втручання від таких, які можуть бути вирішені в рамках психологічних/психотерапевтичних втручань. У випадку діагностики стану, який потребує лише психологічних/психотерапевтичних впливів, показаними можуть бути також фізична активність, звернення до улюблених занять, підтримання

щоденної рутини, нормалізація графіку дня, нормалізація сну, відновлення соціальних контактів тощо.

Створення спільноти людей з цукровим діабетом задля взаємопідтримки та психологічної роботи за участю модератора буде сприяти покращенню психологічного добробуту для учасників даної групи за інтересами. Така спільнота може бути самопідтримуючою, адже має потенціал після запуску самостійно розвиватися без зовнішніх впливів. Підтверджують потенційну ефективність такого роду роботи результати нашого дослідження, де взаємини з оточуючими виявилися досить значимими по відношенню до локусу контролю здоров'я.

Така робота сприятиме подоланню стигми щодо власного статусу здоров'я, розширенню уявлень про можливі способи подолання окремих труднощів. Сприяти покращенню рівня турботи про власне здоров'я буде і налагодження взаємин з людьми, які здатні краще за інших розуміти аспекти життя з цукровим діабетом, розділяти здобутки та підтримувати у ситуаціях горя. Відповідно до результатів нашого емпіричного дослідження, такого роду комунікація здатна покращити здатність особистості самостійно піклуватися про власне здоров'я.

Структурно групова робота може складатися з наступних складових:

1. Знайомство, поглиблення зв'язків і встановлення правил групи. На даному етапі закладається подальший потенціал роботи групи, учасники мають змогу знайти свою роль у групі, отримати суб'єктивну значимість групової роботи, проявити перші симпатії та антипатії до учасників. Модератор має підштовхнути кожного учасника до саморозкриття, дати змогу усім висловлюватися без ризику бути непочутим чи засудженим. Разом з тим модератор повинен слідкувати за дотриманням загальноприйнятих правил групи, увагою учасників.
2. Розгляд повсякденних проблемних питань, пов'язаних з цукровим діабетом. Тут, серед іншого, роль модератора полягатиме в тому, щоб дати змогу учасникам більше уваги приділити саме психологічним питанням, розкритися в цьому.

Попередньо мають бути підготовані зони інтересу бесіди, в яких учасники можуть розкритися.

3. Спільна діяльність у вигляді групових активностей ігрової/навчальної/трудової форми. Ціль такої складової роботи групи полягає в підвищенні здатності до проблемно орієнтованих способів вирішення задач і покращенні здатності до комунікації і побудови взаємин.

4. Спільна діяльність, спрямована на розбудову спільноти, знаходження нових учасників, покращення роботи груп підтримки. Дана складова одночасно задіє механізми, які фігурують у минулому пункті, але разом з тим і дає спільноті розвиватися за рахунок власних внутрішніх ресурсів, набуваючи статусу самопідтримуючої, що дасть змогу з вкладанням менших зусиль зі сторони організаторів залучати більше осіб до її функціонування і, разом з тим, робити її діяльність більш розмаїтою.

Як підсумок, група за інтересами, яка складатиметься з людей, які мають цукровий діабет, за модерації зі сторони фахівця у сфері психічного здоров'я, здатна дати людині з даним захворюванням позитивні відносини з однодумцями, емоційну підтримку, позитивні переживання, приклади розв'язання проблемних ситуацій, які пов'язані з захворюванням.

Така спільнота може існувати в рамках психологічної служби, про яку буде детальніше розказано в розділі 3.1.2.

Роздаткові/розповсюджені матеріали для осіб з цукровим діабетом щодо покращення рівня піклування про власне здоров'я повинні першочергово сприяти донесенню важливості психологічних втручань, а також дестигматизації самих осіб з цукровим діабетом, надаючи достовірну інформацію про те, що їхній психологічний добробут в багатьох аспектах залежить від них самих і може бути покращений, що має потенціал позитивно вплинути на рівень турботи про власне здоров'я. Наведена інформація повинна бути подана з акцентом не на негативних наслідках, а натомість відповідати на питання «Як буде краще?» і «Які позитивні

зміни чекають на мене?», що відповідає результатам нашого дослідження, які свідчать про те, що позитивний фон у житті людини з діабетом сприяє кращій турботі про власне здоров'я.

Такі роздаткові/розповсюджені матеріали можуть являти собою брошури, керівництва і журнали, які можуть бути розповсюджені в медичних установах та на тематичних заходах, а також стенди і рекламні щити. Для розповсюдження онлайн прерогативу варто надати тематичним ресурсам.

3.2.2. Рекомендації для найближчого оточення людей з цукровим діабетом

Результати нашого дослідження свідчать про те, що орієнтація на відносини з оточуючими має значний позитивний вплив на те, наскільки людина з діабетом І типу бере на себе відповідальність за власне здоров'я і, відповідно, виконує дії, спрямовані на власне благополуччя. Цьому можуть сприяти гармонійні та підтримуючі взаємини з оточуючими.

Попри те, що, безумовно, самі особи з цукровим діабетом мають більший вплив на власний психологічний стан, їхнє оточення може опосередковано підштовхувати своїх ближніх до певних дій, інформувати їх та давати розуміння альтернатив.

Оточення може надавати можливість людині з цукровим діабетом самостійно приймати рішення щодо власного здоров'я, закріплюючи тим самим відповідні навички. Тому оточуючі мають бути поінформовані щодо можливостей впливу на психологічний добробут та, як наслідок, загальний стан здоров'я осіб з цукровим діабетом.

Батьки мають звертати підвищену увагу на якість взаємин зі своєю дитиною, яка має цукровий діабет. Теплі і довірливі взаємини сприятимуть тому, що дитина в подальшому буде здатна брати відповідальність за власне здоров'я на себе, що

позитивно впливатиме на якість самообслуговування і турботи про власне здоров'я.

Формування здатності до подолання стресорів також багато в чому обумовлено батьківським вихованням. Варто заохочувати дитину до самостійного вирішення проблемних питань, надаючи їй підтримку та допомогу.

Батькам варто також сприяти розумінню дитиною власних емоцій, потреб, переживань. Варто давати змогу дитині висловлювати власні почуття, називати їх. На основі цього дитина з більшим успіхом виробить способи регуляції власних емоцій. Це буде підтримуючим фактором для рівня турботи про власне здоров'я.

Батьки чи опікуни мають помічати прояви негативних емоцій у дитини, допомагати їй впоратися з занепадницькими настроями, спілкуватися з нею про ті події, які її оточують. Відслідковування різних депресивних проявів та вчасне звернення за професійною допомогою можуть сприяти вкрай позитивному прогнозу щодо рівня турботи про власне здоров'я у більш дорослому віці.

Як підсумок, батьки чи опікуни мають виконувати не лише і не стільки контролюючу функцію щодо здоров'я дитини з цукровим діабетом, а й бути підтримкою, помічниками, опорою і помічати негативні психологічні прояви, щоб запобігти їхньому розвитку і сприяти підвищенню здатності дитини самостійно піклуватися про власне здоров'я, що має потенціал вилитися у високий рівень турботи про власне здоров'я і повноцінне щасливе життя для майбутньої дорослої людини.

Для покращення взаємин з оточуючими може бути рекомендована робота з дитячим/сімейним психологом. Така робота, в першу чергу, в рамках даного розділу роботи, повинна стосуватися побудови продуктивної і позитивної комунікації, створення простору взаєморозуміння, розкриття учасників роботи один перед одним.

Можливе також існування груп підтримки для найближчого оточення людей з цукровим діабетом. В рамках роботи груп можливий розгляд проблемних питань і, що не менш важливо, підтримка та навчання якісній комунікації з особами, які мають цукровий діабет.

Структура роботи груп підтримки для найближчого оточення людей з цукровим діабетом пропонується у такому вигляді:

1. Знайомство, встановлення правил роботи. Учасники також можуть висунути власні пропозиції щодо подальшої роботи, покращуючи тим самим якість тренінгу. Модератор на цьому етапі дає змогу учасникам розкритися і встановити зв'язки з іншими учасниками групи.
2. Обговорення проблемних питань у комунікації з близькими, які мають цукровий діабет. На цьому етапі учасники можуть обмінюватися досвідом, отримують можливість задати питання і висловити власну думку. Основним завданням модератора буде сприяння продуктивній комунікації, уникненню засудження і дискримінації.
3. Комунікативне заняття. Учасники вивчають ефективні методи комунікації з особою з оточення, які сприяють збереженню здорових та підтримуючих відносин. Модератор мусить помічати неточності у діях учасників та допомагати їм виправляти свої помилки на шляху до становлення продуктивної комунікації.
4. Навички саморегуляції. На цьому етапі пропонується випробувати деякі методи управління емоціями і переживанням стресу, які можуть бути застосовані щодо негативних переживань, пов'язаних зі статусом здоров'я людини з оточення. Модератор тут першочергово виконує роль вчителя та ментора, тоді як група обмінюється досвідом, переживаннями і думками.
5. Піклування про себе. Тут відбувається розгляд особистісних переживань, які супроводжують особу при зіткненні з діагнозом цукрового діабету серед свого ближнього оточення. Цей етап є завершальним, якщо не рахувати етапу зворотного

зв'язку, адже потребує максимальної відкритості. Він покликаний вказати учасникам на те, чи мають вони самі певні потреби психологічної сфери, задоволення яких могло б покращити і якість комунікації з ближнім оточенням, яке має цукровий діабет. В подальшому можуть бути запропоновані шляхи впливу на вказані психологічні особливості. Модератор на цьому етапі має бути особливо уважний до проявів засудження чи знецінення і всіляко підтримувати саморозкриття кожного, хто буде готовий до такого формату роботи.

б. Зворотній зв'язок. Цей етап покликано зібрати навчальний досвід, прояснити питання, які залишилися без відповіді, виявити найкращі практики і такі, які варто замінити.

Кожна група може пройти тренінг, який триватиме не менше двох занять і відповідатиме наведеній вище структурі.

Для даної категорії заінтересованих сторін в роздаткових/розповсюджуваних матеріалах увага має бути акцентована на принципах грамотної комунікації з урахуванням особливостей життя людей з цукровим діабетом. В таких матеріалах не повинна міститися інформація про осіб з цукровим діабетом, яка може сприяти стигматизації чи дискримінації даної категорії населення – лише звернення уваги на те, що у людей з таким діагнозом є певні специфічні для них потреби і особливості, які, серед іншого, можуть проявлятися і у психологічних аспектах.

Такі матеріали, в першу чергу, мають бути розповсюджені на тематичних ресурсах, тематичних заходах і в установах, які напряму взаємодіють з людьми з цукровим діабетом, як зі своєю цільовою аудиторією, проте, з урахуванням поширеності даного захворювання, такі матеріали, які націлені на найближче оточення, можуть бути ефективно поширені і на нетематичних ресурсах, охоплюючи за рахунок цього більшу кількість аудиторії. Оф-лайн способи розповсюдження можуть реалізовуватися через журнали, газети чи навіть стенди і рекламні щити.

3.2.3. Рекомендації для медичних працівників та системи охорони здоров'я

Медичні працівники є важливою частиною соціального оточення людей з цукровим діабетом, а також можуть мати прямий вплив на психологічний стан своїх пацієнтів.

Важливо зазначити, що медичні працівники мають зважати на те, що є частиною соціального оточення людей з цукровим діабетом, з яким дана категорія населення регулярно комунікує та часто знаходиться у тісному контакті. Таким чином, якість комунікації з медичними працівниками має вплив на психологічний добробут таких пацієнтів і, відповідно до результатів нашого дослідження, має вплив на рівень турботи про власне здоров'я. Таким чином, якісно вибудована і позитивно спрямована комунікація з медичними працівниками здатна покращити якість життя і, опосередковано, стан здоров'я людини з цукровим діабетом.

Також медичні працівники мають бути зацікавлені в мінімізації негативних переживань у пацієнтів з цукровим діабетом у зв'язку з тим, що результати нашого дослідження свідчать про зв'язок переживання позитивних емоцій і рівня турботи про власне здоров'я. Таким чином, під час роз'яснення важливості турботи про власне здоров'я людям з цукровим діабетом варто прагнути до мотивації, спрямованої на досягнення цілі, а не на уникнення негативних наслідків, і приділяти більше уваги позитивним наслідкам турботи про власне здоров'я на противагу негативним наслідкам відсутності такої турботи.

Далі ми пропонуємо конкретні дії всередині системи охорони здоров'я на основі результатів нашої роботи, які покликано збільшити психологічний добробут і рівень турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом, що має потенціал покращити якість та збільшити тривалість життя даної категорії населення.

До структурних елементів системи прийняття рішень щодо психологічного супроводу осіб з цукровим діабетом мають бути залучені представники даної категорії населення задля включення до розгляду позицій цільової аудиторії

роботи. Це сприятиме прийняттю обґрунтованих рішень, а також загалом сприятиме більш ґрунтовному переведенню осіб з цукровим діабетом у статус суб'єктності всередині медичної системи.

Медичні працівники первинної ланки непрофільних лікувальних закладів повинні бути поінформовані про психологічні наслідки, з якими асоційована наявність цукрового діабету в анамнезі. Саме ця категорія спеціалістів найчастіше першою зустрічається з різноманітними проявами негативних психологічних станів у пацієнтів і, серед іншого, у пацієнтів з цукровим діабетом.

Такі працівники мають бути готові помітити прояви певних психічних розладів чи психологічних особливостей, налагодити комунікацію, провести первинну діагностику, коректно поінформувати пацієнта щодо його стану і скерувати за профільною допомогою до психолога, психотерапевта, психіатра тощо.

З метою надання відповідних компетентностей для працівників первинної ланки лікувальних закладів має бути проведене навчання, яке забезпечить здобуття відповідних компетентностей у сфері комунікації з людьми, які мають підозру на певні психічні розлади і психологічні особливості. Загалом відповідає таким вимогам програма навчання mhGAP (mental health Gap Action Program) [67]. Проте, оскільки така програма не є спеціалізованою щодо пацієнтів з цукровим діабетом, може бути впроваджена аналогічна програма з фокусом саме на особливостях даної категорії пацієнтів. Така програма може, серед іншого, базуватися і на результатах даної роботи.

Також може бути розглянутий варіант залучення медсестер до надання первинної психологічної підтримки пацієнтам [53]. Такий підхід дає змогу вирішити частину питань на рівні первинної ланки медичної системи, не навантажуючи інші складові медичної системи.

Створення осередків впливу на психологічний стан осіб з цукровим діабетом може відбуватися як в медичних закладах, так і в громадському просторі.

Основною ціллю заснування такої психологічної служби має стати превенція негативних психологічних наслідків захворювання та сприяння психологічному добробуту особистості, що матиме наслідки у вигляді покращення рівня піклування про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом.

Щодо медичних закладів варто зазначити, що створення психологічних служб, орієнтованих саме на проблематику людей з цукровим діабетом буде доречнішим в профільних закладах, які опікаються питаннями даної категорії населення. В медичних закладах загального спрямування можна розглянути варіант функціонування психологічних служб, які розглядають питання, пов'язані з цукровим діабетом, на рівні з питаннями, які пов'язані з іншими соматичними захворюваннями.

В громадському просторі такі психологічні служби можуть функціонувати на основі державних установ чи громадських організацій. Хоча можливий і варіант незалежного існування за рахунок ведення прибуткової діяльності, проте в рамках даної роботи ми розглядаємо лише варіант повністю безоплатної роботи служби для цільової аудиторії.

До психологічної служби люди з діабетом можуть бути направлені для подальшої оцінки та корекції симптомів діабетичного дистресу, депресії, тривоги, пов'язаного з лікуванням страху гіпоглікемії, схильності до суїциду, порушення когнітивних здібностей, ненормативного харчування тощо. Така спеціалізована психологічна допомога повинна використовувати стандартизовані та перевірені інструменти та підходи до роботи, що відповідають віку, соціальним умовам та умовам життя загалом.

Скринінг дасть змогу виявляти найперші ознаки негативних психологічних станів, які виникають внаслідок життя з захворюванням і можуть сприяти зниженню турботи про власне здоров'я і, як наслідок, погіршенню стану здоров'я і виникненню пов'язаних із цим наслідків. Психологічними характеристиками, на які варто звернути увагу у рамках скринінгу, відповідно до аналізу наявних джерел

і емпіричного дослідження, є стрес, тривога, депресія, відносини з оточуючими, рівень мотивації, вираженість позитивних емоцій у житті.

Скринінг також може стосуватися асоційованих з психологічними станами характеристик: сімейний стан, соціальні умови, фінансовий стан, якість життя, психіатрична історія і т. п.. Дослідження наведених аспектів дасть змогу більш комплексно підходити до впровадження корекційних/підтримуючих заходів для кожної окремої особистості. Інструментарій для проведення скринінгу повинен відповідати науковим принципам.

Такий скринінг має забезпечуватися на базі лікувальних установ, де проходить лікування і медичну діагностику дана категорія населення.

В ідеальних умовах скринінг повинен відбуватися щорічно, а також у зв'язку з кризовими моментами, характерними для цільової групи: встановлення діагнозу, зміна лікувальної терапії, поява медичних ускладнень, зміна в ступені компенсації глікемії, важкі гіпоглікемії і т. п..

Таким чином, виявлення і корекція негативних психологічних станів, які опосередковано погіршують протікання захворювання, можуть зменшити економічний тягар для держави у сфері медичної системи і збільшити рівень працездатності населення, що сприятиме зміцненню економіки та загального добробуту населення.

Також проведення таких дій може полегшити і зробити більш ефективною роботу медичного персоналу.

Порядок впровадження психологічних служб, орієнтованих на роботу з людьми, які мають цукровий діабет, може відбуватися відповідно до наступної послідовності:

1. Аналіз потреби певної громади (медичної установи), до якої буде відноситися психологічна служба, у кількості спеціалістів, залучених до роботи служби.

2. Розробка покрокового плану впровадження психологічної служби з урахуванням бюджету та умов праці персоналу.
3. Створення внутрішньої нормативної документації відповідно до потреб служби та бачення її засад роботи (статут, етичний кодекс тощо).
4. Знаходження фінансування для забезпечення роботи служби (на основі вітчизняного/іноземного гранту, фінансування від приватних установ чи державних структур).
5. Найм персоналу, який обов'язково має включати психологів, психіатра, соціального працівника, бухгалтера і координатора.
6. Початок роботи, відкриття філіалу(-ів) психологічної служби.
7. Залучення клієнтів, реклама.
8. Оцінка роботи та вдосконалення на основі отриманих відгуків та практичного досвіду роботи.

Аналіз потреби у певних спеціалістах може відбуватися за рахунок обрахунків кількості осіб, які можуть звертатися до психологічної служби в залежності від її належності до певної структури і територіального розміщення, а також рекламних впливань. Спеціалізація спеціалістів у сфері психічного здоров'я повинна визначатися відповідно до наявних наукових та статистичних даних.

Покроковий план відкриття та роботи служби на найближчий період має бути створений до подання запиту на залучення фінансування, адже потенційний бюджет повинен бути складений на основі не тільки потреби в матеріальних ресурсах і кількості найманих працівників, а й на основі запланованої активності.

Розроблена документація психологічної служби дасть змогу чітко визначити функції самої служби і її окремих структурних елементів. Документація, яка стосується етичних аспектів роботи, дасть змогу чітко визначити для залучених до роботи служби осіб їхні обов'язки та сфери впливу. Також специфіка розробки

документації буде багато в чому залежати від структурного підпорядкування служби або ж відсутності такого підпорядкування, адже у випадку належності психологічної служби до певної установи, документація радше вимагатиме доповнення, ніж повноцінної розробки.

Фінансування психологічної служби, за умови її повної неприбутковості, повинне чітко задовольняти усі аспекти її функціонування.

Персонал психологічної служби має пройти попередній відбір щодо рівня професійної освіти та необхідних навичок. Оскільки в першу чергу ми розглядаємо психологічний рівень роботи з людьми, які мають цукровий діабет, кістяк персоналу служби мають складати саме люди з психологічною освітою. На випадок виникнення непрофільних ситуацій, у складі робочої групи також бажано мати психіатра та соціального працівника, які зможуть взяти частину роботи, яка пов'язана з їхньою професійною діяльністю, на себе, скерувати клієнта за необхідними йому послугами.

Початок діяльності багато в чому залежить від формату роботи (онлайн, очно чи комбіновано), але у випадку очного чи комбінованого формату роботи необхідним є обладнання приміщення, забезпечення місць роботи спеціалістів необхідними матеріалами. Також на даному етапі відбувається фінальний інструктаж та, за потреби, навчання персоналу. На даному етапі важливо чітко дотримуватися термінів виконання окремих задач, які було встановлено на попередніх етапах.

Реклама може відбуватися усіма доступними шляхами і вона багато в чому залежить від наявності та розміру фінансування, яке на неї виділяється. У цьому аспекті найбільш сприятливим виглядає існування психологічної служби на основі установи з можливістю прямого виходу на цільову аудиторію реклами. Реклама може бути на цільових онлайн-ресурсах, білбордах, в профільних закладах, в які звертаються люди з цукровим діабетом.

Оцінка роботи та вдосконалення на її основі має відбуватися регулярно задля можливості відповідати сучасним тенденціям і потребам цільової аудиторії. Навчання для персоналу має відбуватися на регулярній основі і відповідати запитам, які будуть отримані від спеціалістів за підсумками впровадження діяльності психологічної служби. Також важливо вводити в роботу служби групові активності, брейнштурми, групові супервізії та інтервізії задля сприяння спільному зростанню та підтримання психологічного добробуту окремих працівників.

Оскільки наведені в цьому розділі втручання на рівні медичної системи здатні покращити результати роботи і в перспективі зменшити витрати на лікувальні заходи для людей з цукровим діабетом, а також підвищити працездатність даної категорії населення, може бути рекомендоване відшкодування витрат на проведення відповідних заходів з бюджету чи від сторонніх платників.

3.3. Обмеження програм впливу

Перешкоди, які мають бути подолані на шляху впровадження позитивних змін до системи охорони здоров'я щодо психологічної підтримки для людей з цукровим діабетом:

- Донесення важливості психологічної підтримки для осіб з хронічними захворюваннями вимагає більшого залучення людських ресурсів. Мається на увазі як донесення важливості до органів влади, так і до самих осіб з таким статусом здоров'я.
- Впровадження позитивних змін в окремих аспектах потребує фінансування. Подекуди це одноразові вливання, в інших місцях регулярні.
- Існують обмеження збору інформації і статистики щодо осіб з цукровим діабетом, що перешкоджає комплексному розумінню реальних потреб даної категорії населення.

- Обґрунтування доцільності фінансування подібних системних психологічних втручань потребує більш якісного збору статистичної інформації щодо актуальної ситуації.

- Кожна окрема програма впливу може забезпечити покриття лише частини потреб, пов'язаних з певною проблематикою. Таким чином, для проведення комплексної роботи має бути введено в дію одразу кілька таких програм, що є ускладнюючим фактором.

Наведені обмеження певною мірою можуть бути компенсовані за рахунок дій, які частково описані у цьому розділі.

Висновки до розділу III

Емпіричне дослідження в рамках даної роботи свідчить про наявність психологічних характеристик, які мають вплив на рівень турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом I типу. Певною мірою, з урахуванням подібних рис у патогенезі цукрового діабету різних типів, отримані результати, а отже і рекомендації, можуть бути застосовані щодо осіб з цукровим діабетом II типу також.

Глобальною ціллю вироблених в рамках даної роботи рекомендацій є досягнення кращих клінічних результатів, стану здоров'я та самопочуття шляхом підвищення рівня піклування про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом.

Структурно систему рекомендацій було розділено на окремі складові відповідно до категорії осіб, якої вона стосується. Таких категорій розглядається декілька: люди з цукровим діабетом, найближче оточення людей з цукровим діабетом, медичний персонал та система охорони здоров'я загалом. Кожна з наведених категорій має свій специфічний досвід зіткнення з психологічними аспектами життя з діабетом, а тому підхід до формування рекомендацій для них дещо відрізняється.

В усіх випадках має враховуватися культурні, соціальні ті інші особливості кожної окремої особистості без зведення в абсолют лише факту наявності певного захворювання.

Люди, які мають цукровий діабет, можуть отримувати широкий спектр послуг, спрямованих на оптимізацію окремих психологічних проявів і, як наслідок, рівня турботи про власне здоров'я.

Індивідуальна робота зі психологом, якщо не висловлено потреби у іншого роду втручаннях, з метою позитивного впливу на рівень турботи про власне здоров'я, повинна бути спрямована на розуміння власних емоцій, орієнтацію на вирішення проблеми, розвиток здатності до підтримання гармонійних стосунків з оточуючими, підвищення сприйнятливості до позитивних переживань, в першу чергу, шляхом зниження рівня депресивних проявів.

Групова робота психологічного характеру має перевагу над іншими підходами у тому, що уможливорює обмін інформацією, переживаннями, досвідом у форматі «рівний-рівному». Серед іншого, це сприятиме подолання стигми щодо власного статусу здоров'я. В рамках роботи груп можуть на розгляд виноситися питання повсякденного характеру щодо життя з цукровим діабетом, може існувати спільна навчальна, ігрова, трудова активності. Все це має відбуватися за модерування фахівця у сфері психічного здоров'я. Така робота може мати також позитивний вплив на навички побудови взаємин з оточуючими, підтримувати продуктивні стратегії подолання стресогенних чинників, пов'язаних з наявністю захворювання.

Також в рамках психологічних втручань людям з цукровим діабетом можуть бути запропоновані інші науково-підтвердженні способи сприяння психологічному добробуту і, як наслідок, рівню турботи про власне здоров'я. У випадку підвищення здатності керувати емоційними реакціями можуть бути запропоновані медитація чи тренування робочої пам'яті.

У випадку виявлення відсутності повноцінного переживання позитивних емоцій, що у нашому емпіричному дослідженні асоційовано зі зниженням рівня турботи про власне здоров'я, можуть бути також застосовані способи самостійного покращення власного психологічного стану: фізична активність, звернення до улюблених занять, підтримання щоденної рутини, нормалізація графіку дня, нормалізація сну, відновлення соціальних контактів тощо. Такі дії не є альтернативою психотерапевтичного чи психіатричного втручання, але можуть доповнювати наведені втручання або ж складати превентивну дію у випадку наявності симптомів на рівні, недостатньому для показання психіатричних чи психотерапевтичних впливів.

Важливою також є подача різноманітних форм впливу на рівень турботи про власне здоров'я. Вона має бути суб'єктивно прийнятною і цінною для кожної окремої особистості, що сприятиме як початку, так і плідному завершенню психологічного втручання.

Роздаткові/розповсюджені матеріали для осіб з цукровим діабетом щодо покращення рівня піклування про власне здоров'я повинні першочергово сприяти донесенню важливості психологічних втручань, а також дестигматизації осіб з цукровим діабетом.

Найближче оточення людей з цукровим діабетом може мати значний вплив на рівень піклування про власне здоров'я у даній категорії населення. Можуть існувати психологічні групи, в рамках роботи яких, за сприяння модератора можуть відбуватися обговорення проблемних питань і групові активності, спрямовані на знаходження ефективних способів комунікації та формування відповідних навичок.

Батькам чи опікунам дітей з цукровим діабетом варто помічати прояви негативних емоцій у дитини, допомагати їй впоратися з занепадницькими настроями, спілкуватися з нею про ті події, які її оточують, сприяти розумінню власних емоцій. Батьки/опікуни мають виконувати не лише і не стільки

контролюючу функцію щодо здоров'я дитини з цукровим діабетом, а й бути підтримкою, помічниками, опорою і сприяти підвищенню здатності дитини самостійно піклуватися про власне здоров'я. Може бути рекомендована робота з дитячим/сімейним психологом. Така робота в першу чергу має сприяти побудові продуктивної і позитивної комунікації, створенню простору взаєморозуміння, розкриттю учасників роботи один перед одним.

Для найближчого оточення осіб з цукровим діабетом в роздаткових/розповсюджуваних матеріалах увага має бути акцентована на принципах грамотної комунікації з урахуванням особливостей життя людей з цукровим діабетом, виключаючи можливість стигматизації і дискримінації.

Медичні працівники є частиною оточення людей з цукровим діабетом, а тому мають вплив на психологічний стан даної категорії населення.

Важливим є надання медичним працівникам первинної ланки непрофільних медичних закладів інформації щодо психологічних наслідків наявності діабету в анамнезі у їхніх пацієнтів. Вони мають бути здатні помітити прояви певних психічних розладів чи психологічних особливостей, налагодити комунікацію, провести первинну діагностику, коректно поінформувати пацієнта щодо його стану і скерувати за профільною допомогою до психолога, психотерапевта, психіатра тощо.

Також в рамках роботи медичної системи можуть бути створені осередки впливу на психологічний стан осіб з цукровим діабетом (з соматичними захворюваннями загалом) у вигляді психологічної служби, куди кожен бажачий може звернутися за психологічними послугами у зв'язку з власним станом здоров'я. Основною ціллю такої служби має бути превенція негативних психологічних наслідків захворювання та сприяння психологічному добробуту особистості, що матиме наслідки у вигляді покращення рівня піклування про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом.

Окремої уваги заслуговує системний скринінг психологічного стану осіб з цукровим діабетом. Він дасть змогу виявити негативні психологічні стани на ранніх стадіях і запобігти виникненню їхніх наслідків. Скринінг може відбуватися на основі розглянутих раніше психологічних служб чи в рамках роботи медичних працівників первинної ланки і профільних медичних працівників. Скринінг має відбуватися з періодичністю в рік і у зв'язку з кризовими моментами, характерними для цільової групи: встановлення діагнозу, зміна лікувальної терапії, поява медичних ускладнень, зміна в ступені компенсації глікемії, важкі гіпоглікемії тощо.

Оскільки наведені в цьому розділі втручання здатні в перспективі зменшити витрати на лікувальні заходи для людей з цукровим діабетом, а також підвищити працездатність даної категорії населення, фінансування таких дій може відбуватися з державного бюджету чи з інших, зацікавлених у розбудові держави, джерел.

У програм впливу на рівень турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом є й певні обмеження, обумовлені здебільшого низьким рівнем збору статистичних відомостей про цільову аудиторію, потребою в залученні фінансування, а також проблематикою залучення цільової аудиторії до отримання психологічних послуг. Всі наведені обмеження можуть бути певною мірою вирішені, але потребують системної роботи, частина опису якої наведена в даному розділі.

ВИСНОВКИ

Психологічні характеристики осіб з соматичними захворюваннями досліджуються в рамках психологічної науки, хоча дана категорія населення є здебільшого малодоступною для проведення досліджень.

Адаптація до соматичних хронічних захворювань має вкрай індивідуальний характер і залежить від багатьох факторів, проте у більшість людей така адаптація

приходять минає з позитивними наслідками. Непродуктивна психологічна адаптація може ставати причиною хронічного стресу, який здатен погіршувати протікання захворювання.

Велика кількість психічних розладів частіше виникає на тлі соматичних захворювань. Хронічні соматичні захворювання збільшують ризик самогубства, аутоагресії та думок про самогубство. Обмеження у звичній діяльності та сильний, хронічний чи рецидивуючий біль є найбільш обтяжуючими факторами щодо суїцидальності при хронічних соматичних захворюваннях. Самотність та самоізоляція можуть призводити як до погіршення психологічного стану осіб з соматичними захворюваннями, так і до погіршення стану фізичного здоров'я.

Діагноз цукрового діабету є глобальною проблемою, яка завдає масової матеріальної та психологічної шкоди у всьому світі. Важливим аспектом психологічних досліджень осіб з цукровим діабетом є розгляд гіпоглікемії, як джерела асоційованих з нею переживань та розладів. Схильність до гіпоглікемії є тісно пов'язаною з тривожними і депресивними проявами у людей з цукровим діабетом. Також наявність важкої гіпоглікемії в анамнезі пов'язана з когнітивними порушеннями.

Сучасна війна в Україні має негативний вплив на психологічний добробут людей з цукровим діабетом. ВПО з цукровим діабетом мають підвищений ризик виникнення деяких станів, які прямо чи опосередковано впливають на психологічний добробут та можливість піклуватися про власне здоров'я.

Цукровий діабет I типу має відмінності від цукрового діабету II типу за рахунок більш передбачуваного та одноманітного протікання всередині вибірки. І хоча ці два стани здоров'я за походженням є різними захворюваннями, проте їхні прояви можуть бути вкрай подібними. Частина відмінностей між людьми, які мають діабет I чи II типу може бути обумовлена супутніми факторами, такими як середній вік вибірки та використання певних лікувальних засобів.

В основі психологічної дезадаптації осіб з цукровим діабетом лежить діабетичний дистрес, який різною мірою має більшість осіб з діабетом. Цей стан може призводити до тривожних і депресивних розладів, самоушкоджуючої поведінки, розладів сну та ін.. В свою чергу, симптоми депресії та тривоги є негативними прогностичними факторами щодо тривалості життя і протікання захворювання.

Орієнтованість на самообслуговування та лікування є одним з основних факторів, які сприяють турботі про власне здоров'я. Освіченість, соціальна і консультативна підтримки виявляються сприятливими факторами щодо рівня турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом. Значущим виявляється і усвідомлення своєї здатності до ефективного самообслуговування.

Пілотажне дослідження емпіричної частини даної роботи було проведено за участю 28 осіб. За підсумками цієї роботи було виявлено не враховані раніше фактори, які є досить значимими для психологічного добробуту і рівня піклування про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом: взаємини з оточуючими, мотивація і локус контролю. Як підсумок, проведення пілотажного дослідження дало змогу підвищити якість основного дослідження.

У основі дослідження знаходиться метод лінійної регресії, який дав змогу розкрити основні закономірності запропонованих моделей і ступінь впливу кожного фактора в рамках моделей. Загалом розподіл окремих характеристик в анкеті, яку проходили досліджувані, є нормальним, що свідчить про коректність вибірки. Усі задіяні до емпіричного дослідження методики є адаптованими українською мовою.

До основного емпіричного дослідження було залучено 100 осіб, які мають в анамнезі цукровий діабет I типу. Перша модель, яка розглядалася в рамках емпіричного дослідження, висувала показник глікованого гемоглобіну в якості залежної змінної лінійної моделі, яка відображає рівень турботи про власне здоров'я. Незалежними змінними виступили показники рівня тривоги, позитивних

емоцій, наявності сенсу в житті, якості відносин з оточуючими, показники копінг-стратегій, стаж життя з захворюванням і показники спрямування локусу контролю щодо здоров'я. Дана модель виявилася невалідною.

Друга модель розглядала в якості залежної змінної показник внутрішнього локусу контролю за «Багатовимірною шкалою локусу контролю здоров'я», незалежні змінні представлені показниками рівня тривоги, позитивних емоцій, наявності сенсу в житті, якості відносин з оточуючими, показниками копінг-стратегій і стажу життя з захворюванням.

Друга модель виявила значущий вплив незалежних змінних на залежну. Рівень пояснення спостережуваної дисперсії – 33%. Найбільш значущі результати показали шкали «відносини» та «позитивні емоції» за «PERMA-Профайлер», шкала «проблемно орієнтовані копінг-стратегії» за «Brief-COPE», шкала «емоційно орієнтовані копінг-стратегії» за «Brief-COPE», а також стаж життя з цукровим діабетом I типу у досліджуваних.

Таким чином, ми допускаємо наявність досить вираженого впливу психологічних характеристик, які вимірюють наведені вище методики, на рівень турботи про власне здоров'я, який виражається у показнику внутрішнього локусу контролю «Багатовимірної шкали локусу контролю здоров'я» у людей з цукровим діабетом I типу.

Глобальною ціллю вироблених в рамках даної роботи рекомендацій є досягнення кращих клінічних результатів, стану здоров'я та самопочуття шляхом підвищення рівня піклування про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом.

Люди, які мають цукровий діабет, можуть отримувати широкий спектр послуг, спрямованих на оптимізацію окремих психологічних проявів і, як наслідок, рівня турботи про власне здоров'я. Психологічні втручання можуть відбуватися за рахунок індивідуальної роботи з психологом чи групової роботи. Такі втручання, відповідно до результатів нашої роботи, мають бути орієнтовані на розвиток розуміння власних переживань, орієнтації на вирішення проблеми, розвиток

здатності до підтримання гармонійних стосунків з оточуючими, підвищення сприйнятливості до позитивних переживань. Також в рамках психологічних втручань людям з цукровим діабетом можуть бути запропоновані інші науково-підтвердженні способи сприяння психологічному добробуту.

Найближче оточення людей з цукровим діабетом може мати значний вплив на рівень піклування про власне здоров'я у даній категорії населення. Як варіант психологічної роботи з такою аудиторією можуть бути розглянуті психологічні групи, в рамках роботи яких можуть відбуватися обговорення проблемних питань і групові активності, спрямовані на знаходження ефективних способів комунікації та формування відповідних навичок.

Батьки/опікуни дітей з цукровим діабетом мають виконувати не лише і не стільки контролюючу функцію щодо здоров'я дитини, а й бути підтримкою, помічниками, опорою і сприяти підвищенню здатності дитини самостійно піклуватися про власне здоров'я.

Медичні працівники мають бути поінформовані щодо психологічних наслідків наявності діабету в анамнезі у їхніх пацієнтів. Вони мають бути здатні помітити прояви певних психічних розладів чи психологічних особливостей, налагодити комунікацію, провести первинну діагностику, коректно поінформувати пацієнта щодо його стану і скерувати за профільною допомогою до психолога, психотерапевта, психіатра тощо.

До структури медичної системи може бути включена психологічна служба яка займатиметься питаннями превенції негативних психологічних наслідків захворювання та сприяння психологічному добробуту особистості задля підвищення рівня турботи про власне здоров'я у цільовій групі.

Ми розглядаємо варіант введення системи скринінгу психологічного стану осіб з цукровим діабетом на основі медичних закладів загалом чи розглянутої раніше психологічної служби зокрема. Скринінг має бути покликано виявляти

негативні психологічні прояви на ранніх етапах задля мінімізації негативних наслідків для окремої особистості і системи охорони здоров'я загалом.

В рамках системи покращення рівня турботи про власне здоров'я у людей з цукровим діабетом може бути створення інформаційних матеріалів щодо покращення рівня піклування про власне здоров'я, які будуть сприяти донесенню важливості психологічних втручань, дестигматизації осіб з цукровим діабетом, а також інформуванні щодо факторів, на які варто звернути підвищену увагу.

Оскільки наведені в даній роботі психологічні впливи здатні в перспективі зменшити медичні витрати для цільової аудиторії, а також збільшити ступінь і тривалість працездатності даної категорії населення, фінансування програми впливу може відбуватися з державного бюджету чи з інших джерел, які зацікавлені у розвиткові країни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 1. Данилюк І. Психометричні властивості шкали “Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я”: українська вибірка [Електронний ресурс] / Данилюк І., Курапов А., Малишева К., Ягіяєв І., Льошенко О., Литвин С. // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. – 2023. - Вип. 1(17). – с. 22–29. - Режим доступу: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1\(17\).3](https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1(17).3)

2. Кабінет міністрів України. Постанова від 23 березня 2016 р. № 239 «Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/239-2016-%D0%BF#Text>

3. Кабінет міністрів України. Постанова від 28 липня 2021 р. № 854 «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/854-2021-%D0%BF#Text>

4. МОЗ Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік (2023) [Електронний ресурс]. // Міністерство охорони здоров'я. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/%D0%94%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%202024/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%2001-2024/29-01-2024/1/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%20%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%20%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8F%20%D1%82%D0%B0%20%D0%B5%D0%BF%D1%96%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%83%20%D1%81%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8E%20%D0%B7%D0%B0%202022%20%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf>

5. Савченко О. В. Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «PERMA-ПРОФАЙЛЕР»: адаптація методики та її психометричні властивості [Електронний ресурс]. / Савченко О. В., Лавриненко Д. Г. // Габітус. – 2023. – Випуск 52. – с. 167-178. – Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2023/52-2023/29.pdf>

6. Яблонська Т. Українська адаптація опитувальника Brief-COPE / Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. // Інсайт: психологічні виміри суспільства. – 2023. – № 10. – с. 66–89. – Режим доступу: <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2023-10-4>

7. Afrah Alazmi Psychological variables and lifestyle in children with type1 diabetes and their parents: A systematic review [Electronic resource] / Afrah Alazmi, Masha Boi Bashiru, Simon Viktor, Mihela Erjavec // Clin Child Psychol Psychiatry. – 2023 May 30. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37249210/>

8. Agorastos Agorastos The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development [Electronic resource] / Agorastos Agorastos,

George P. Chrousos // *Molecular Psychiatry*. – 2022. – volume 27. – pages 502–513. – Mode of access: <https://www.nature.com/articles/s41380-021-01224-9>

9. Alexandra D. Monzon Childhood diabetes and sleep [Electronic resource] / Alexandra D. Monzon, Susana R. Patton, Dorit Koren // *Pediatr Pulmonol*. – 2022 Aug. – 57(8). – p. 1835-1850. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34506691/>

10. Amanual Getnet Mersha A bidirectional relationship between diabetes mellitus and anxiety: A systematic review and meta-analysis [Electronic resource] / Amanual Getnet Mersha, Daniel Nigusse Tollosa, Tanmay Bagade, Parivash Eftekhari // *Journal of Psychosomatic Research*. – November 2022. – Volume 162. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399922002768>

11. American Diabetes Association Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus [Electronic resource] / American Diabetes Association // *Diabetes Care*. – 2003. – 26(suppl_1). – 33–50. – Mode of access: https://diabetesjournals.org/care/article/26/suppl_1/s33/21741/Standards-of-Medical-Care-for-Patients-With

12. Annette L. Stanton Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease [Electronic resource] / Annette L. Stanton, Tracey A. Revenson, Howard Tennen // *ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY*. – 2007. – Volume 58. – Mode of access: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>

13. Árún K Sigurðardóttir Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care [Electronic resource] / Árún K Sigurðardóttir // *Jornal of Clinical Nursing* – March 2005. – Vol. 14, Iss. 3. – p. 301-314. – Mode of access: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2004.01043.x>

14. Bahtiar Bahtiar Meaning of life among elderly individuals with chronic diseases living with family: A qualitative study [Electronic resource] / Bahtiar Bahtiar, Junaiti Sahar, Wiwin Wiarsih Makara // *Journal of Health Research*. – 2020. – Vol.

24, Iss. 1 – p. 24:35-40. – Mode of access:
<https://scholarhub.ui.ac.id/cgi/viewcontent.cgi?article=1161&context=mjhr>

15. Barbara Riegel A situation-specific theory of heart failure self-care [Electronic resource] / Barbara Riegel, Victoria Vaughan Dickson J. // *Cardiovasc Nurs.* – 2008 May-Jun. – 23(3). – p. 6-190. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18437059/>

16. Blanche Greene-Cramer Noncommunicable disease burden among conflict-affected adults in Ukraine: A cross-sectional study of prevalence, risk factors, and effect of conflict on severity of disease and access to care [Electronic resource] / Blanche Greene-Cramer, Aimee Summers, Barbara Lopes-Cardozo, Farah Husain, Alexia Couture, Oleg Bilukha // *Plos one.* – April 21, 2020. – Mode of access: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231899>

17. Briana Mezuk Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan [Electronic resource] / Briana Mezuk, William W. Eaton, Sandra Albrecht, Sherita Hill Golden // *Diabetes Care.* – 2008 Dec. – 31(12). – p. 2383–2390. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2584200/>

18. Caitlin Cooley Impact of interventions targeting anxiety and depression in adults with asthma [Electronic resource] / Caitlin Cooley, Yaejin Park, Olusola Ajilore, Alex Leow, Sharmilee M. Nyenhuis // *Journal of Asthma.* – 2022. – Volume 59, Issue 2. – p. 273-287. – Mode of access: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02770903.2020.1847927>

19. Carolé Mensing National standards for diabetes self-management education [Electronic resource] / Carolé Mensing, Jackie Boucher, Marjorie Cypress, Katie Weinger, Kathryn Mulcahy, Patricia Barta, Gwen Hosey, Wendy Kopher, Andrea Lasichak, Betty Lamb, Mavourneen Mangan, Jan Norman, Jon Tanja, Linda Yauk, Kimberlydawn Wisdom, Cynthia Adams // *Diabetes Care* – 2005. – 28(suppl_1). – p. 72–79. – Mode of access: https://diabetesjournals.org/care/article/28/suppl_1/s72/22550/National-Standards-for-Diabetes-Self-Management

20. Catherine Laurin The impact of psychological distress on exacerbation rates in COPD [Electronic resource] / Catherine Laurin, Grégory Moullec, Simon L. Bacon, Kim L. Lavoie // *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*. – 2010. – Volume 5, Issue 1. – p. 3 – 18. – Mode of access: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1753465810382818?icid=int.sj-full-text.similar-articles.1>

21. Catherine Y. Lim Ralston Understanding What Is Most Important to Individuals with Multiple Chronic Conditions: A Qualitative Study of Patients' Perspectives [Electronic resource] / Catherine Y. Lim, M.Des, Andrew B. L. Berry, Tad Hirsch, Andrea L. Hatzler, Edward H. Wagner, Evette J. Ludman, James D. // *Journal of General Internal Medicine*. – 2017. – Volume 32. – p. 1278–1284. – Mode of access: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-017-4154-3>

22. Chernus N. Gender-related psychosomatic peculiarities of patients with type 2 diabetes mellitus [Electronic resource] / Chernus N., Kamynina L., Gorenkov R., Sivkov A. // *European Psychiatry*. – 2021. – Vol 64. – p. 253. – Mode of access: <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A6%3A21699158/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A160598248&crl=c>

23. Denny, B. T. Getting better over time: A framework for examining the impact of emotion regulation training [Electronic resource] / Denny, B. T. // *Emotion*. – 2020. – 20(1). – p. 110–114. – Mode of access: <https://psycnet.apa.org/record/2020-03346-019>

24. Diane Wild A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education [Electronic resource] / Diane Wild, Robyn von Maltzahn, Elaine Brohan, Torsten Christensen, Per Clauson, Linda Gonder-Frederick // *Patient Education and Counseling*. – September 2007. – Volume 68, Issue 1. – p. 10-15. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399107001760>

25. Elliott D. Ross Diagnosis and Neuroanatomical Correlates of Depression in Brain-Damaged Patients Implications for a Neurology of Depression [Electronic resource]

/ Elliott D. Ross, A. John Rush // *Arch Gen Psychiatry*. – 1981. – 38(12). – p. 1344-1354.
 – Mode of access: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/492686>

26. Filip Mustac ANXIETY AND DEPRESSION AS COMORBIDITIES OF MULTIPLE SCLEROSIS [Electronic resource] / Filip Mustac, Hanna Pasic, Filip Medic, Borna Bjedov, Luca Vujevic, Masa Alfirevic, Branka Vidrih, Katarina Ivana Tudor, Marija Bosnjak Pasic // *Psychiatria Danubina*. – 2021. – Vol. 33, Suppl. 4. – p. 480-485. – Mode of access: <https://hrcak.srce.hr/file/393806>

27. G. R. Sridhar Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus [Electronic resource] / G. R. Sridhar, K. Madhu // *Current Science*. – December 2002. – Vol. 83, No. 12-25. – p. 1556-1564. – Mode of access: <https://www.jstor.org/stable/24108181>

28. Gang Ye Anxiety in asthma: a systematic review and meta-analysis [Electronic resource] / Gang Ye, David S. Baldwin, Ruihua Hou // *Psychological Medicine*. – 2021. – Volume 51, Issue 1. – Mode of access: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/anxiety-in-asthma-a-systematic-review-and-metaanalysis/D846B1405D4FC9971376A02C0CFE530F>

29. Grace C. Macaulay Sleep and Night-time Caregiving in Parents of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus – A Qualitative Study [Electronic resource] / Grace C. Macaulay, Sara E. Boucher, Ahrabie Yogarajah, Barbara C. Galland, Benjamin J. Wheeler // *Behav Sleep Med*. – 2020 Sep-Oct. – 18(5). – p. 622-636. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31370700/>

30. Gürhan, N. Suicide Risk and Depression in Individuals with Chronic Illness [Electronic resource] / Gürhan, N., Beşer, N. G., Polat, Ü., & Koç, M. // *Community Mental Health Journal*. – 2019. – 55(5). – 840–848. – Mode of access: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-019-00388-7>

31. H. Marieke Schuppert Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents – a randomized controlled pilot study [Electronic resource] / H. Marieke Schuppert, Josephine Giesen-Bloo, Tonny G. van Gemert, Herman M. Wiersema, Ruud B. Minderaa, Paul M. G. Emmelkamp, Maaïke H. Nauta // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – November/December 2009. – Volume 16, Issue 6. – p. 467-478. – Mode of access: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.637>

32. Ilaria Baiardini Psychological aspects in asthma: do psychological factors affect asthma management? [Electronic resource] / Ilaria Baiardini, Francesca Sicuro, Francesco Balbi, Giorgio Walter Canonica, Fulvio Braido // *Asthma Research and Practice*. – 2015. – Volume 1, article number 7. – Mode of access: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40733-015-0007-1> 222

33. International diabetes federation Diabetes atlas [Electronic resource] // 2021. – 10th edition. – Mode of access: <https://diabetesatlas.org/data/en/country/207/ua.html>

34. Janine Alessi War in Ukraine and barriers to diabetes care [Electronic resource] / Janine Alessi, Marina Yankiv // *The lancet*. – April 16, 2022. – Volume 399, Issue 10334. – p. 1465-1466. – Режим доступу: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00480-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00480-9/fulltext)

35. Jasmin Schabert Social Stigma in Diabetes [Electronic resource] / Jasmin Schabert, Jessica L. Browne, Kylie Mosely, Jane Speight // *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*. – 2013. – Volume 6. – p. 1–10. – Mode of access: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-012-0001-0>

36. Javier Morales Hypoglycemia [Electronic resource] / Javier Morales, Doron Schneider // *The American Journal of Medicine*. – October 2014. – Volume 127, Issue 10, Supplement. – p. 17-24. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002934314005841>

37. Jody Davis, Amy Hess Fischl and co. 2022 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support [Electronic resource] / *The Science of Diabetes*

Self-Management and Care, Volume 48, Issue 1 - January 20, 2022. – Mode of access: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/26350106211072203>

38. John Carlos Pedrozo-Pupo Depression, perceived stress related to COVID, post-traumatic stress, and insomnia among asthma and COPD patients during the COVID-19 pandemic [Electronic resource] / John Carlos Pedrozo-Pupo, Adalberto Campo-Arias // *Chronic Respiratory Disease*. – 2020. – 17. – Mode of access: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1479973120962800>

39. Julia Iannucci Suicide and suicidality in children and adolescents with chronic illness: A systematic review [Electronic resource] / Julia Iannucci, Barry Nierenberg // *Aggression and Violent Behavior*. – May–June 2022. – Volume 64. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359178921000355>

40. Julie Christiansen Loneliness, Social Isolation and Chronic Disease Outcomes [Electronic resource] / Julie Christiansen, Rikke Lund, Pamela Qualter, Christina Maar Andersen, Susanne S. Pedersen, Mathias Lasgaard // *Annals of Behavioral Medicine*. – March 2021. – Volume 55, Issue 3. – p. 203–215. – Mode of access: <https://academic.oup.com/abm/article/55/3/203/5899648?login=false>

41. Kimberley J. Smith Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis [Electronic resource] / Kimberley J. Smith, Mélanie Béland, Matthew Clyde, Geneviève Gariépy, Véronique Pagé, Ghislaine Badawi, Rémi Rabasa-Lhoret, Norbert Schmitz // *Psychosom Res*. – 2013. – Volume 74, Issue 2. – p. 89–99. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399912003339>

42. Kimberly A. Driscoll Fear of Hypoglycemia in Children and Adolescents and Their Parents with Type 1 Diabetes [Electronic resource] / Kimberly A. Driscoll, Jennifer Raymond, Diana Naranjo, Susana R. Patton // *Curr Diab Rep*. – 2016 Aug. – 16(8):77. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27370530/>

43. Kiyuri Naicker Type 2 Diabetes and Comorbid Symptoms of Depression and Anxiety: Longitudinal Associations With Mortality Risk [Electronic resource] / Kiyuri

Naicker; Jeffrey A. Johnson; Jens C. Skogen; Douglas Manuel; Simon Overland; Børge Sivertsen; Ian Colman // *Diabetes Care*. – 2017. – 40(3). – p. 352–358. – Mode of access: <https://diabetesjournals.org/care/article/40/3/352/36943/Type-2-Diabetes-and-Comorbid-Symptoms-of>

44. Kristal Anne Matlock Clinical and Psychosocial Factors Associated With Suicidal Ideation in Adolescents With Type 1 Diabetes [Electronic resource] / Kristal Anne Matlock, Nana-Hawa Yayah Jones, Sarah Dawn Corathers, Jessica Christine Kichler // *Journal of Adolescent Health*. – October 2017. – Volume 61, Issue 4. – p. 471-477. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X17302082>

45. L. Fisher The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision [Electronic resource] / L. Fisher, J. S. Gonzalez, W. H. Polonsky // *Diabetes Care*. – 1995. – 18(6). – p. 754–760. – Mode of access: <https://diabetesjournals.org/care/article/18/6/754/19945/Assessment-of-Diabetes-Related-Distress>

46. Lawrence Fisher Understanding the sources of diabetes distress in adults with type 1 diabetes [Electronic resource] / Lawrence Fisher, William H. Polonsky, Danielle M. Hessler, Umesh Masharani, Ian Blumer, Anne L. Peters, Lisa A. Strycker, Vicky Bowyer // *Journal of Diabetes and its Complications*. – May–June 2015. – Volume 29, Issue 4. – p. 572-577. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056872715000458?via%3Dihub>

47. Li C Diabetes and anxiety in US adults: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System [Electronic resource] / Li C, Barker L, Ford ES, Zhang X, Strine TW, Mokdad AH // *Diabet Med*. – 2008. – 25. – p. 878–881. – Mode of access: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1464-5491.2008.02477.x>

48. Lichao Xiu Working memory training improves emotion regulation ability: Evidence from HRV [Electronic resource] / Lichao Xiu, Renlai Zhou, Yihan Jiang //

Physiology & Behavior. – 1 March 2016. – Volume 155. – p. 25-29. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031938415302006>

49. Linda A. Gonder-Frederick Gonder-Frederick Psychometric Properties of the Hypoglycemia Fear Survey-II for Adults With Type 1 Diabetes [Electronic resource] / Linda A. Gonder-Frederick, Karen M. Schmidt, Karen A. Vajda, Megan L. Greear, Harsimran Singh, Jaclyn A. Shepard, Daniel J. Cox // Diabetes Care. – 2011. – 34(4). – p. 801–806. – Mode of access: <https://diabetesjournals.org/care/article/34/4/801/38841/Psychometric-Properties-of-the-Hypoglycemia-Fear>

50. Lu Zhang Related factors associated with fear of hypoglycemia in parents of children and adolescents with type 1 diabetes - A systematic review [Electronic resource] / Lu Zhang, Huiwen Xu, Lin Liu, Yaxin Bi, Xiangning Li, Yinshi Kan, Hongyuan Liu, Shuang Li, Yan Zou, Yuan Yuan, Weijuan Gong, Yu Zhang // Journal of Pediatric Nursing. – September-October 2022. – Volume 66. – p. 125-135. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S088259632200135X>

51. Maria Aparecida Salci Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions [Electronic resource] / Maria Aparecida Salci, Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva // Latino-Am. Enfermagem. – 2017. – 25. – Mode of access: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KqrCzL9TjgWHKCCpHZpQF4G/?lang=en#>

52. María Laura Palumbo Chronic Stress and Glucocorticoid Receptor Resistance in Asthma [Electronic resource] / María Laura Palumbo, Andrés Prochnik, Miriam Ruth Wald, Ana María Genaro // Clinical Therapeutics. – June 2020. – Volume 42, Issue 6. – p. 993-1006. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149291820301296>

53. María Montserrat García-Sastre Psychotherapeutic nursing as Advanced Clinical Practice for the promotion of mental health in Spain [Electronic resource] / María Montserrat García-Sastre RN, PhD, Francisco Javier Castro-Molina RN, PhD, Rubén

Chacón Cabanillas RN, Carmen Sánchez Corrales RN, Laura Jardón Golmar RN, Julián Carretero Román RN, Carlos Aguilera Serrano RN, PhD // *International Nursing Review*. – 2023. – Mode of access: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12935>

54. Marie-France Marin Chronic stress, cognitive functioning and mental health [Electronic resource] / Marie-France Marin, Catherine Lord, Julie Andrews, Robert-Paul Juster, Shireen Sindi, Geneviève Arsenault-Lapierre, Alexandra J. Fiocco, Sonia J. Lupien // *Neurobiology of Learning and Memory*. – November 2011. – Volume 96, Issue 4. – p. 583-595. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1074742711000517>

55. Mark A. Ferro Suicidal Behaviour Among Adolescents and Young Adults with Self-Reported Chronic Illness [Electronic resource] / Mark A. Ferro, PhD, Anne E. Rhodes, PhD, Harriet L. MacMillan and co. // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2017. – Volume 62, Issue 12. – Mode of access: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743717727242>

56. Maurizio Pompili Quality of life and suicide risk in patients with diabetes mellitus [Electronic resource] / Maurizio Pompili, David Lester, Marco Innamorati, Eleonora De Pisa, Mario Amore, Camilla Ferrara, Roberto Tatarelli, Paolo Girardi // *Psychosomatics*. – 2009 Jan-Feb. – 50(1). – p. 16-23. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19213968/>

57. Megan L. Rogers Suicidality in Chronic Illness: An Overview of Cognitive–Affective and Interpersonal Factors [Electronic resource] / Megan L. Rogers, Thomas E. Joiner, Golan Shahar // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. – March 2021. – 28(1). – p. 1-12. – Mode of access: https://www.researchgate.net/publication/346490440_Suicidality_in_Chronic_Illness_An_Overview_of_Cognitive-Affective_and_Interpersonal_Factors

58. Mental health for ukraine (MH4U) Що таке генералізований тривожний розлад [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/shho-take-generalizovanyj-tryvozhenyj-rozlad/>

59. MinKyoung Song Diabetes Mellitus and the Importance of Self-care [Electronic resource] / MinKyoung Song // The Journal of Cardiovascular Nursing. – March 2010. – 25(2). – p. 93-98. – Mode of access: https://journals.lww.com/jcnjournal/abstract/2010/03000/diabetes_mellitus_and_the_importance_of_self_care.2.aspx

60. Newton R. Molecular mechanisms of glucocorticoid action: what is important? [Electronic resource] / Newton R. // Thorax. – 2000. – 55. – p. 603-613. – Mode of access: <https://thorax.bmj.com/content/55/7/603.full>

61. Olena Mandrik Impact of hypoglycemia on daily life of type 2 diabetes patients in Ukraine [Electronic resource] / Olena Mandrik, Johan L Severens, Olena Doroshenko, Vladymir Pan'kiv, Nonna Kravchun, Maryna Vlasenko // Journal of Multidisciplinary Healthcare. – 2013. – Volume 6. – p. 249-257. – Mode of access: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/JMDH.S39133>

62. Pankiv V. The relationships between variables of glycated hemoglobin and diabetes distress in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus [Electronic resource] / Pankiv, V., Yuzvenko, T. // INTERNATIONAL JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY. – 2023. – 19(6). – p. 424–427. – Mode of access: <https://iej.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/1310/1970>

63. Rasha Elamoshy Risk of Depression and Suicidality among Diabetic Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis [Electronic resource] / Rasha Elamoshy, Yelena Bird, Lilian Thorpe, John Moraros J. // Clin. Med. – 2018. – 7(11). – p. 445. – Mode of access: <https://www.mdpi.com/2077-0383/7/11/445>

64. Rasha Mohammed Risk of Depression and Suicide in Diabetic Patients [Electronic resource] / Rasha Mohammed, Suha Majeed, Mohammed Hussein // AbdElmageed et al. Cureus. – 2022. – 14(1). – Mode of access: https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/81061/20220131-21266-4icl80.pdf

65. Richard R. Rubin Elevated Depression Symptoms, Antidepressant Medicine Use, and Risk of Developing Diabetes During the Diabetes Prevention Program [Electronic resource] / Richard R. Rubin, Yong Ma, David G. Marrero, Mark Peyrot, Elizabeth L. Barrett-Connor, Steven E. Kahn, Steven M. Haffner, David W. Price, William C. Knowler // *Diabetes Care*. – 2008 Mar. – 31(3). – p. 420–426. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2373986/>

66. Robert L. Spitzer GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) [Электронный ресурс] / Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke. – Режим доступа: <https://www.phqscreeners.com/select-screener>

67. Roxanne Keynejad WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact [Electronic resource] / Roxanne Keynejad, Jessica Spagnolo, Graham Thornicroft // *BMJ Ment Health*. – 2021. – 24. – p. 124-130. – Mode of access: <https://mentalhealth.bmj.com/content/24/3/124>

68. S. M. Gold Hippocampal damage and memory impairments as possible early brain complications of type 2 diabetes [Electronic resource] / S. M. Gold, I. Dziobek, V. Sweat, A. Tirsi, K. Rogers, H. Bruehl, W. Tsui, S. Richardson, E. Javier, A. Convit // *Diabetologia*. – 2007 Apr. – 50(4). – 711-9. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17334649/>

69. Shaun Wen Huey Lee The impact of sleep amount and sleep quality on glycemic control in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis [Electronic resource] / Shaun Wen Huey Lee, Khuen Yen Ng, Weng Khong Chin // *Sleep Med Rev*. – 2017 Feb. – 31. – p. 91-101. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26944909/>

70. Su Hyun Kim Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain [Electronic resource] / Su Hyun Kim // *Geriatric Nursing*. – January-February 2016. – Volume 37, Issue 1. – p. 9-12. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019745721500289X>

71. Susan L. Norris Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control [Electronic resource] / Susan L. Norris, Joseph Lau, S. Jay Smith, Christopher H. Schmid, Michael M. Engelgau // *Diabetes Care*. – 2002 Jul. – 25(7). – 1159-71. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12087014/>

72. T. C. Skinner Twenty-five years of diabetes distress research [Electronic resource] / T. C. Skinner, L. Joensen, T. Parkin / *Diabetic Medicine*. – March 2020. – Volume 37, Issue 3, Special issue to commemorate the 25th Anniversary of the Psychosocial Aspects of Diabetes Study Group. – p. 393-400. – Mode of access: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14157>

73. Teresa Fazia Short-Term Meditation Training Fosters Mindfulness and Emotion Regulation: A Pilot Study [Electronic resource] / Teresa Fazia, Francesco Bubbico, Ioannis Iliakis, Gerardo Salvato, Giovanni Berzuini, Salvatore Bruno, Luisa Bernardinelli // *Front. Psychol.* – 2020. – Volume 11. – Mode of access: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.558803/full>

74. Thunyarat Anothaisintawee Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: Systematic review and meta-analysis [Electronic resource] / Thunyarat Anothaisintawee, Sirimon Reutrakul, Eve Van Cauter, Ammarin Thakkinstian // *Sleep Medicine Reviews*. – December 2016. – Volume 30. – p. 11-24. – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S108707921500146X>

75. Wayne J. Katon Association of Depression With Increased Risk of Severe Hypoglycemic Episodes in Patients With Diabetes [Electronic resource] / Wayne J. Katon, Bessie A. Young, Joan Russo, Elizabeth H. B. Lin, Paul Ciechanowski, Evette J. Ludman, Michael R. Von Korff // *Ann Fam Med*. – 2013 May. – 11(3). – p. 245–250. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3659141/>

76. Wira Gotera Factors Associated with Diabetes-Related Distress in Type 2 Diabetes Mellitus Patients [Electronic resource] / Wira Gotera // Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity. – 2022. – Volume 15. – p. 2077-2085. – Mode of access: https://www.researchgate.net/publication/362022400_Factors_Associated_with_Diabetes-Related_Distress_in_Type_2_Diabetes_Mellitus_Patients

77. World Health Organization Diabetes [Electronic resource] // World Health Organization. – 5 April 2023. – Mode of access: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

78. World Health Organization Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus: Abbreviated Report of a WHO Consultation [Electronic resource] // World Health Organization. – 2011. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304271/>

79. Yanjun Liu Depressive Syndromes in Autoimmune Disorders of the Nervous System: Prevalence, Etiology, and Influence [Electronic resource] / Yanjun Liu, Xiangqi Tang // Front. Psychiatry, Sec. Behavioral and Psychiatric Genetics. – 25 September 2018. – Volume 9. – Mode of access: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2018.00451/full>

80. Yehua Wang Associations Between Postdischarge Care and Cognitive Impairment–Related Hospital Readmissions for Ketoacidosis and Severe Hypoglycemia in Adults With Diabetes [Electronic resource] / Yehua Wang, Tianze Jiao, Matthew R. Muschett, Joshua D. Brown; Serena Jingchuan Guo // Diabetes Care. – 2024. – 47(2). – p. 225–232. – Mode of access: <https://diabetesjournals.org/care/article/47/2/225/153931/Associations-Between-Postdischarge-Care-and>

81. Yi-Hsin Lin Type D Personality Is Associated with Glycemic Control and Socio-Psychological Factors on Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study [Electronic resource] / Yi-Hsin Lin, Di-An Chen, Chemin Lin, Hsuan Huang // Psychology Research and Behavior Management. – 2020. – Volume 13. – p.

373-381. – Mode of access:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/PRBM.S245226>

82. Yohei Kikuchi Association of severe hypoglycemia with depressive symptoms in patients with type 2 diabetes: the Fukuoka Diabetes Registry [Electronic resource] / Yohei Kikuchi, Masanori Iwase, Hiroki Fujii, Toshiaki Ohkuma, Shinako Kaizu, Hitoshi Ide, Tamaki Jodai, Yasuhiro Idewaki, Udai Nakamura, Takanari Kitazono // *BMJ Open Diabetes Res Care.* – 2015. – 3(1). – Mode of access:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442133/>

83. Yulduz Narmetova The Psychological Services Role in the Psychodiagnostics and Psychocorrection of Psychosomatic Patients in the Psychoemotional Situation [Electronic resource] / Yulduz Narmetova, Gulbakhor Kuldosheva, Tolib Bekmirov // *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding.* – December, 2021. – Volume 8, Issue 12. – p. 249-256. – Mode of access:
<https://ijmmu.com/index.php/ijmmu/article/view/3277/2821>