

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Вплив тривожно-депресивного стану на відчуття своєї хвороби в залежності від тривалості у ВІЛ-позитивних підлітків**

*Кваліфікаційна робота*

студентки 2 року навчання ОР Магістр

(спеціальність 053 «Психологія»,

освітня програма «Психологія»

**Новікової Катерини Дмитрівни**

Науковий керівник:

доцент кафедри психодіагностики та

клінічної психології, кандидат

медичних наук

**Діденко Сергій Васильович**

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2**

**Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ року**

**Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології**

\_\_\_\_\_ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

КИЇВ – 2022

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	4
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ НАУКОВІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПІДЛІТКІВ..	7
1.1. Поняття внутрішньої картини хвороби у ВІЛ-позитивних людей .....	7
1.2. Психологічні особливості сприйняття власного ВІЛ-позитивного статусу підлітками .....	10
1.3. Напрями формування коректного сприйняття власної хвороби у ВІЛ- позитивних підлітків.....	14
1.4. Психодіагностичне дослідження особистості з ВІЛ-позитивним статусом .....	21
1.5. Методи психологічної підтримки підлітків з ВІЛ-позитивним статусом .....	25
Висновки до розділу 1 .....	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП .....	33
2.1. Опис та обґрунтування методів дослідження .....	33
2.2. Характеристика груп .....	42
Висновки до розділу 2 .....	49
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ .....	51
3.1. Розгляд результатів дослідження за обраними методиками .....	51
3.2. Математична обробка результатів .....	71
Висновки до розділу 3 .....	106
ВИСНОВКИ.....	109
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	113

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** В ХХІ столітті відбуваються глобальні зміни і глобальні виклики, які тісно пов'язані з соціальною політикою України. Від цих змін напряду залежать загальний суспільний процес і загальнолюдська безпека.

Існує безліч причин від яких страждають люди і виникають соціальні проблеми. Можна виділити набіл значущі проблеми: соціальне відторгнення, військові конфлікти, духовна бідність суспільства, погіршення стану довкілля, ризик бідності, соціальні конфлікти, поширення тероризму. Така ситуація породжує багато проблем серед суспільства і особливо має згубний характер на молодь. Жахливі наслідки цих процесів в українському суспільстві – це поширення психофізіологічних, психологічних і поведінкових залежностей і як наслідок хвороби, що призводять до економічних та соціальних проблем та збитків для держави.

Однією з них є ВІЛ/СНІД – чума ХХІ століття, яка забирає життя великої кількості життів.

Протягом усього часу незалежності нашої держави проблема захворювання і поширення ВІЛ/СНІД в українському суспільстві не скоротилася, а набуває масового характеру зараження.

В нашому суспільстві існує багато проблем, які супроводжують і допомагають у поширенні даного захворювання. Ось неповний перелік цих проблем на які треба звернути особливу увагу: соціальні негаразди, наркотики, поширення комерційного сексу, низька обізнаність щодо шляхів передачі ВІЛ, дискримінація та стереотипи серед української молоді.

Внутрішня картина перебігу захворювання – це суб'єктивно-психологічний бік будь якої хвороби, що охарактеризується формуванням у пацієнта відчуттів, уявлень і знань про свою хворобу.

Коли пацієнт дізнається про свій діагноз у нього відбувається психологічна реакція на захворювання. Ця реакція має дві складові –

первинна реакція, що відбувається зразу коли оголошено діагноз і він показує позитивну реакцію на ВІЛ. Як правило дана реакція відбувається, бо пацієнт навіть не підозрює про своє захворювання. Перша стадія має певну послідовність і має певні етапи реакції на діагноз : заперечення, гнів, торг, депресію.

Психологічний стан хворої людини погіршується і людина починає звинувачувати всіх оточуючих, агресивно поводить ся зі здоровими людьми, а потім настає етап про думки , щодо самогубства. Коли стан стає більш менш стабільний інфікована людина починає шукати шляхи ліквідації розвитку захворювання. Це як правило зміна способу життя і нетрадиційні методи лікування.

Через деякий час психіка людини виснажується і настає етап усвідомлення, що хвороба невиліковна і що будуть серйозні зміни у житті, це викликає депресію, людина перестає боротися з хворобою, а просто приймає свій стан здоров'я. Інфікована людина переживає затяжну депресію і перестає виконувати повсякденні справи.

На завершальному етапі у хворої людини формується думка, через яку приходить усвідомлення і баланс між усвідомленням свого стану і нові перспективи життя [12].

Відтак, тема дослідження особливостей внутрішньої картини хвороби у ВІЛ-позитивних підлітків є актуальною.

**Об'єкт дослідження:** психічний стан ВІЛ-позитивних підлітків.

**Предмет дослідження:** тривожно-депресивний стан у ВІЛ-позитивних підлітків.

**Мета дослідження:** дослідити тривожно-депресивний стан до власної хвороби у підлітків із ВІЛ-позитивними ознаками.

Поставлена мета передбачає необхідність вирішення таких завдань:

1. Провести аналіз наукових поглядів на проблему тривожно-депресивного стану ВІЛ-позитивних підлітків;

2. Визначити показники вираженості тривожно-депресивного стану в підлітків із ВІЛ-позитивним статусом;

3. Виявити специфічні прояви тривожно-депресивного стану в підлітків із ВІЛ-позитивним статусом;

4. Встановити особливості копінг-стратегій, використовуваних для подолання наслідків тривожно-депресивного стану в підлітків при ВІЛ-позитивному статусі;

5. Провести порівняльний аналіз показників підлітків із ВІЛ-позитивним статусом.

У роботі використовувалися такі **методики**:

1. Шкала тривоги Спілбергера (модифікація Ханіна);

2. Шкала депресії Бека

3. П'ятифакторний особистісний опитувальник (Р. МакКрає, П. Коста);

4. «Як влаштований мій світ у хворобі» (за опитувальником Д. Леонтєва);

5. Авторська анкета

6. Копінг-тест Лазаруса

**Групу досліджуваних** склали 50 учасників віком від 14 до 17 років, різної статі. Усі учасники дослідження були на момент участі в ньому ВІЛ-позитивними. Участь у магістерському дослідженні взяли ті самі особи підліткового віку, що й у бакалаврському.

**Практичне значення** дослідження полягає в можливості використання його результатів у подальших студіях, присвячених заявленій проблематиці.

**Структура дослідження** зумовлена його метою та завданнями. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури.

# **РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ НАУКОВІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПІДЛІТКІВ**

## **1.1. Поняття внутрішньої картини хвороби у ВІЛ-позитивних людей**

Внутрішня картина захворювання – це суб'єктивно-психологічна сторона будь якої хвороби, яку характеризують сталою, сформованою в уявленні інфікованої людини про свої відчуття, знання про дане захворювання.

Подальша реакція залежить від того, наскільки повно пройшла трансформація фаз первинної реакції у самого пацієнта, а також від зовнішніх чинників, серед яких ставлення суспільства, медичних працівників, родичів та друзів пацієнта. Недостатність знань про ВІЛ і соціальна несправедливість призводять до депривації ВІЛ-позитивних осіб [36].

Психологічний стрес внаслідок невиліковної хвороби, який триває довго, у поєднанні з рештою проблем значно ускладнює життя пацієнтів, особливо тих, які до появи ВІЛ-інфекції мали психологічні, психічні або невротичні розлади. Взагалі проблема емоційного стресу – одна з найважливіших, яку вивчає сучасна медицина [51].

Більшість населення, особливо у великих містах, в яких за статистикою реєструють найвищу кількість ВІЛ-інфікованих, постійно піддається впливу психогенних факторів – соціальної нестабільності, зміни економічних та політичних процесів, погіршення стану навколишнього середовища тощо [51].

Крім вищезазначених факторів, актуальною для ВІЛ-інфікованих є стигматизація суспільства, особливо виражена в багатьох країнах, і Україна входить до їхнього списку. Її поява спричинена «багатьма факторами, серед

яких основну роль відіграє низька обізнаність громадян у питаннях, пов'язаних з ВІЛ» [51, с. 46].

В результаті переживань з приводу реальних і уявних проблем – «розголошення статусу, можливої втрати роботи, місця у соціумі, страхів, пов'язаних з можливістю ранньої смерті, інфікуванням близьких, а також за відсутності достатньої державної підтримки і медичного забезпечення виникає нагальна потреба у корекції психоемоційного стану пацієнта. Для цього лікареві необхідно володіти навичками психологічної діагностики і вивчати індивідуально-психологічні особливості пацієнта» [51, с. 46].

Найчастіше у ВІЛ-інфікованих діагностують іпохондрію, тривожні та депресивні розлади, реактивні психотичні стани, посттравматичні стресові розлади, шизофреноформний психоз. Ці варіанти функціональних психічних порушень можуть супроводжуватися панікою, анорексією, безсонням, почуттям безвиході.

Негативні емоції пацієнти нерідко спрямовують на лікарів і близьке оточення, друзів та колег, створюючи штучне дистанціювання хворого. Тривожні розлади можуть посилюватися «необхідністю обговорювати інтимні сторони життя та включати ряд застережень і обмежень» [51, с. 46].

Постійне надмірне психологічне напруження призводить до формування у ЦНС вогнища застійного збудження і, як наслідок, гіперактивації нейровегетативних механізмів. Результатом стає розвиток порушень соматичних функцій [53].

Друга група розладів психіки у ВІЛ-інфікованих є результатом безпосереднього впливу вірусу на організм або опосередкованого – через розвиток опортуністичних інфекцій.

Психологічна реакція на виявлення інфікування ВІЛ має дві складові – первинна реакція, яка виникає відразу після отримання результату дослідження на ВІЛ. Вона має певну стадійність і зазвичай людина з початково стабільним психологічним станом переживає декілька етапів: заперечення, гнів, торг, депресію.

Від заперечення можливості інфікування психологічний стан пацієнта змінюється до погіршення ставлення до здорових оточуючих, до самого себе, з'являється почуття провини, думки про самогубство. Потім людина думає про різноманітні шляхи усунення розвитку хвороби – зміна способу життя, нетрадиційні методи лікування тощо.

Усвідомлення невиліковності хвороби і змін, пов'язаних з подальшим життям, викликають депресію, відмову від боротьби і навіть виконання повсякденних справ. Після переживання цього етапу формується думка, за якої у свідомості людини встановлюється баланс між усвідомленням нового стану та можливостями майбутнього життя [51].

Незважаючи на успіхи у лікуванні ВІЛ-інфекції та охоплення АРТ значної кількості пацієнтів, різноманітні ураження ЦНС залишаються важливою медичною проблемою і одним з найчастіших проявів захворювання [21]. Під дією вірусу імунодефіциту в ЦНС можуть виникати різноманітні розлади – від безсимптомних, які можна виявити лише за допомогою спеціальних тестів, до дементного синдрому [55].

Ступінь розвитку когнітивних порушень до значної міри залежить від тривалості захворювання та ступеня імунодефіциту і з часом може призводити до інвалідизації хворого, проте найбільше вони впливають на пацієнта в період, коли збережена критичність до сприйняття свого стану. Опортуністичні інфекції, що уражують ЦНС, значно обтяжують перебіг основного захворювання і у багатьох випадках є загрозою життю пацієнта. Найчастіше це відбувається у випадках, коли розвинувся значний імунодефіцит. Опортуністичні захворювання ЦНС потребують тривалого лікування та реабілітації, але навіть при сприятливому наслідку хвороби мають місце залишкові зміни різного ступеня тяжкості [16].

У багатьох випадках пацієнти приховують зміни свого психологічного стану, в тому числі депресивну симптоматику, тоді як при звичайному обстеженні також не виявляють маловиражених психічних порушень [12]. Однак це може впливати на якість результатів дослідження, найкращим

варіантом для фіксації розвитку змін в емоційній та інтелектуальній сферах є застосування нейропсихологічних методик у динаміці [11].

Для підвищення ефективності лікувальних заходів необхідна система оцінювання виявлених психічних і психологічних змін, тому вчені намагаються ранжувати психічні порушення, що виникають на ранніх етапах розвитку хвороби після інфікування ВІЛ [27]. Нині завдяки впровадженню АРТ ВІЛ-інфекцію не вважають смертельно небезпечним захворюванням, проте стрес, до якого призводить її виявлення, спонукає людину до значного переосмислення подальшого життя, в результаті чого формується нове сприйняття сенсу життя та свого місця у суспільстві [20].

Проведені дослідження показали, що існує різниця у сприйнятті змін у стані здоров'я у інтро- та екстравертів. Інтроверти, хворі на ВІЛ-інфекцію, гірше справляються із стресовими ситуаціями, зазвичай мають вищий ступінь психічних розладів і ригідні до терапевтичних заходів. Від адаптивних можливостей організму залежить як тип реакції, так і результат лікування та прогноз на подальше життя.

Таким чином, основою внутрішньої картини світу при ВІЛ-інфекції в підлітків є варіанти стресової реакції особистості на факт захворювання [33]. Однак природно, що чим більший вплив зовнішніх факторів, тим вищою є вірогідність розвитку відхилень, адже стрес є результатом невідповідності можливостей організму та вимог, які до нього висувають.

## **1.2. Психологічні особливості сприйняття власного ВІЛ-позитивного статусу підлітками**

ВІЛ – інфіковані люди гостро відчують проблеми, з якими вони зіштовхуються, коли дізнаються про свою хворобу. Це міжособисті протиріччя, руйнування професійних і родинних звязків, які впливають на індивідуально-психологічні особливості особистості [2]. Дані протиріччя проявляються в зміні соціального стилю поведінки. Інфіковані люди ведуть себе дратівливо, імпульсивно, підозріло, підвищена дратливість,

непевненість в собі. Часто ВІЛ- позитивні люди не можуть вибудувати лінію поведінки, в них виявляється зниження ініціативи, відсутність сміливості. Окрім, вище перерахованих проблем у ВІЛ-інфікованих людей присутній порушений емоційний стан, вони відчують емоційний дискомфорт, схильність до агресії (аутоагресія), конфліктують зі своїм оточенням. Цікаво відмітити, що в той же час інтелектуальна сфера, фактор (В), у респондентів з ВІЛ- інфекцією не відрізняється від контрольної групи [17].

Когнітивні оцінки небезпеки це, як правило, початкова ланка коли виникає стан тривоги. Їхня переоцінка й стійкість у часі є показниками, що свідчать про низьку когнітивну оцінку стресової ситуації, яка сприяє розвитку дистресу [7]. Вчені виявили, що перевага середнього рівня ситуативної тривожності в 65% респондентів з ВІЛ-інфекцією. Найбільші високі показники ситуативної тривожності спостерігаються в групі людей, які мають статус ВІЛ, якщо у порівнянні з контрольною групою, це явище можна пояснити зміну сприйняття, бо в багатьох ВІЛ-інфікованих дана ситуація нових соціальних відносин викликає тривожність.

Проаналізувавши рівень особистісної тривожності показує, що переважає висока особистісна тривожність в 70% ВІЛ-інфікованих людей, коли в контрольній групі високий рівень тривожності у 5% респондентів [7].

Така ситуація складається, бо ВІЛ-інфіковані люди переважно реагують на більшу кількість ситуацій, саме станом тривоги, бо відчують і сприймають їх як загрозу. Окрім, недовіри та страху в них формується стале відчуття недовіри, підозрливості та в деяких випадках ворожість. З іншого боку, така реакція в виді тривожності може бути захисною реакцією організму, бо людина не може налагодити відносини в соціумі. У контрольній групі особистісна тривожність виражена суттєво слабкіша [23].

Дана ситуація пов'язана з малою інформацією, яку знають інфіковані та їхній соціум. Люди не розуміють як себе вести з ВІЛ – позитивними

людьми, і навпаки. Треба вирішувати це питання та інформувати населення, щоб вони не сприймали інфікованих людей, як загрозу для їхнього здоров'я.

Перевага середнього рівня ситуативної й високого рівня особистісної тривожності у ВІЛ-інфікованих пацієнтів показує, що вони переживають стан тривоги більшої інтенсивності й значно частіше, а значить більш піддані впливу стресу.

Можна підвести перші підсумки, що у хворих, які усвідомили, що вони ВІЛ-інфіковані, можна відзначити соціально-психологічні особливості: фрустрованість, нестійкість, імпульсивність, дратівливість, часом агресивність, занепокоєння, підвищена тривожність, непевність у собі, нестійкість емоційного реагування у важких життєвих ситуаціях.

Використовуючі різні методики для визначення стресостійкості й соціальної адаптації було досліджено та виявлено статистично достовірні міжгрупові відмінності у прояві ступеня стресостійкості. Це занижена опірність стресу в хворих, які є носіями ВІЛ-позитивного статусу і високу опірність у контрольній групі. Високу стресову навантаженість у ВІЛ-позитивних опитуваних викликають життєві ситуації, різні події й життєві обставини, які в тісню пов'язані з такими подіями, як розлучення, припинення відносин без оформлення розлучення, хворобою близьких людей, складні відносини з рідними, а особливо важко прийняти зміну соціальної поведінки і стереотипів у поведінці.

Використовуючи метод діагностики соціально – психологічної адаптації у інфікованих людей, за методикою Роджерса – Даймона було виявлено низький показник по шкалі "адаптивність" [18].

В той же час, показник дезадаптації перевищував адаптивність у 3 рази, це є показник про виражену перевагу дезадаптації над адаптивними процесами. Низькі показники у інфікованих осіб були виявлені також за шкалами "прийняття себе", "емоційний комфорт". Високі - за шкалами "неприйняття себе", за емоційним дискомфортом, за внутрішнім і зовнішнім

контролем, за шкалою "ескапізм" (відхід від проблем). У контрольній групі спостерігалася зворотна залежність.

Аналізуючи відповіді в групі де були ВІЛ-позитивні опитувані відзначається низький рівень емоційної комфортності, адаптивності, самоприйняття й прийняття інших, що призводить до зниження адаптаційних можливостей. Найменша відмінність із контрольною групою мала величина інтернальності. Ці дані показують про перевагу внутрішнього контролю над зовнішнім та говорять про те, що респонденти з двох груп беруть на себе відповідальність за свою поведінку й вчинки.

Тому, на зниження соціально-психологічної адаптації інфікованих людей на ВІЛ відчувають вплив індивідуально-психологічних особливостей. До яких відносяться наступні чинники: підвищення ситуативної й особистісної тривожності, низький самоконтроль, зниження стресостійкості, непевність у собі, зневіра, апатія та страх.

Протягом усього часу незалежності нашої держави проблема захворювання і поширення ВІЛ/СНІД в українському суспільстві не скоротилася, а набуває масового характеру зараження.

На сучасному етапі розвитку суспільства ВІЛ-інфікованість це складна кризова ситуація, яка вимагає втручання в ситуацію, щоб зупини поширення хвороби.

Якщо розглядати соціально- психологічні сторону проблеми, то в ВІЛ-позитивних людей виявляється конфліктність, агресія, замкнутість, пасивність, необґрунтовані лідерські якості, високий рівень особистої та ситуативної тривожності, соціальна замкнутість, переживання за цінності власної особистості.

У їхній поведінці застосовується втеча від проблем, а не їх вирішення, це обумовлено схильністю до уявних прагнень, які спрямовані на уникнення від проблеми , від їхнього вирішення. Інфіковані люди закриваються від світу і навіть, за своєю стіною відчувають страх і тривогу, це усугубляє їхню ситуацію. Треба говорити про свої проблеми, а не закриватися від усього

світу. За часту саме така поведінка, а не статус ВІЛ- позитивної людини руйнують шлюб, відносини з рідними та колективом. В західних країнах на високому рівні висвітлюється дана проблема і ВІЛ – позитивні люди живуть нормальним життям і створюють родини і народжують здорових дітей.

Отримані дані узгодяться й доповнюють роботи дослідників.

Проведене дослідження допоможе у виборі методик для проведення психо-корекційної й психо-терапевтичної роботи з ВІЛ- позитивними пацієнтами, щоб допомогти їм подолати життєву кризу, допомогти у підтримці працездатності, підвищенню якості їх життя, створення можливостей для самореалізація особистості.

### **1.3. Напрями формування коректного сприйняття власної хвороби у ВІЛ-позитивних підлітків**

Проблема боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДу в нашій країні розглядається на державному рівні і розроблено ряд напрямків для боротьби і протидії поширенню хвороби.

За оцінкою ВООЗ/ЮНЕЙДС наша держава є лідером з захворюванням на ВІЛ серед країн Центральної Європи та Східної Азії. Проаналізувавши дану ситуацію з ВІЛ/СНІДу говорить про те, що контроль за епідемією проводиться не належному рівні : лише кожна друга ВІЛ-позитивна людина знає про свою хворобу і звертається до медичного закладу; дуже багато інфікованих серед донорів крові, передусім первинних; великий відсоток дітей з вродженою ВІЛ-інфекцією; на даний момент виникла ще одна група з поширенням інфекції серед стигматизованої групи чоловіків, які мають секс з чоловіками. Високий рівень смертності від даного захворювання через несвоєчасне звернення до медичних закладів за допомогою, а відтак пізнє виявлення СНІДу та поєднаних форм ВІЛ/ТБ. Така ситуація склалася через відсутності підходів, які поєднують профілактичні та лікувальні програми затвердженні на державному і регіональному рівні [16].

Напевно, коли на державному рівні буде затверджено програми з профілактики та протидії поширенню Віл – інфекції, а всіх громадян змусять проходити профілактичні огляди то захворюваність в нашій державі знизиться.

ВІЛ-інфікованість являє собою приклад екстремальної ситуації [44]. Багатьма пацієнтами звістка сприймається як винесення смертного вироку, оскільки супроводжується "соціальною заплямованістю", або "стигматизацією" [7].

Головна проблема людей, які є носіями ВІЛ- інфекції – це проблеми в соціальній сфері та адаптації. Як правило велику увагу приділяють фізичному лікуванню, а психічне благополуччя відходить на другий план. Тому і багато випадків смертності, бо треба лікувати не тільки організм, а й психічний стан, який суттєво впливає на вирішення даної проблеми. Людям треба навчитися жити зі своєю хворобою і розуміти в якій ситуації вони не несуть загрозу для оточуючих, а в якій є загроза.

Зараз в наш час багато інформації можна почерпнути з Інтернету, де багато є інформації. І часто ВІЛ- інфіковані люди заперечують свою хворобу, слухать доводи, які небгрунтовані, використовують неправдиву інформацію, яку знаходять в Інтернеті і хворі люди припиняють прийом антиретровірусної терапії і такою поведінкою погіршують свій стан, який призводить до загибелі. Тому дуже важливо проводити профілактику психологічного стану ВІЛ-інфікованих [30].

В усьому світі є тенденція зростання поширення хвороби, особливо серед молоді, що веде до їхньої інвалідності. Навіть ті заходи, що проводять світові співтовариства, це захворювання – епідемія , нажаль, не взята під контроль, але даній проблемі приділяється постійна увага і проводяться заходи, щодо її припинення.

Існує думка, що здоров'я населення залежить від способу життя людини, тому і зміцнення і захист свого здоров'я напряду залежить від самих людей. Але, реформи, які проводить держава в соціально-економічному

плані, викликали соціальну нестабільність, руйнації норм і стереотипів, відсутністю сімейних цінностей. Психічне здоров'я соціуму визначає стан соціального благополуччя, також впливає на інтелектуальний потенціал, його економічне благополуччя, культурне життя та на атмосферу. Треба відзначити, що охорона здоров'я вже не зможе сама прибрати всі причини психологічного нездоров'я. Бо здоров'я людини є складним похідним від соціальних умов життя й роботи (доходів), отриманої освіти, екологічної ситуації (а в деяких регіонах України вони складні), генетичного фактору, наявності якісного медичного обслуговування індивідуальних якостей та інтересів.

Головна задача держави – це піклування про здоров'я молоді та підростаючого покоління, бо їхнє здоров'я визначає динаміку демографічного розвитку і в перспективі можливі демографічні втрати, обумовлені погіршенням здоров'я цієї категорії населення. А дана категорія є найбільш вразливою і є лідером серед захворювань. Її категорія населення України формує резерв народонаселення, тому проблема репродуктивних можливостей – одна зі сторін демографічної безпеки, а охорона репродуктивного здоров'я – новий напрямок у розвитку демографічної політики держави. Тому, головне завдання для держави, батьків, педагогів, лікарів зберегти здоров'я нації і її процвітання. Але на жаль, в нашій державі домінує зниження народжувальності і причини наступні: рівень доходів, сімейні цінності, зниження репродуктивного здоров'я і потенціалу [46].

Спосіб життя і поведінка молоді, їх некерована соціалізація – це адиктивна поведінка, вживання наркотиків, алкоголю, тютюнопаління все це призводить до небажаних наслідків. Перелік наслідків є великий список, але можна виділити, які стаються часто – це схильність до правопорушень, "несподіваної" вагітності, зараження інфекціями, переданими статевим шляхом, ВІЛ-інфекцією. Сучасна молодь живе в час Інтернету, де вони беруть багато непотрібної інформації, яка впливає на них неблагополучним

фактором, вони володіють кліповим мисленням, заснованим на візуальних образах, а не на логіці.

Вони виражають скепсис стосовно реклами, але при цьому активно використовують Інтернет і соціальні мережі. Вони люблять пізнавати все самотійно [19].

ВІЛ-інфекція – це одна із основних проблем глобальної суспільної охорони здоров'я в цілому світі.

Вже доведено, що ВІЛ-інфекція більше як соціальна проблема, ніж медична, і вона зв'язана з певною поведінкою, яка веде до ризику зараження цією хворобою. Молодь почуває себе розкутою під дією алкоголю та наркотичних засобів, що веде до поганих наслідків. І потім коли дізнаються про свій статус, вони згадують про вороже ставлення до інфікованих людей, що живуть із ВІЛ та умовчання про правдиву інформацію представляють перешкоди до проведення ефективної профілактики.

На сьогоднішній день в Україні смертність перевищує народжувальність, і ВІЛ займає не останнє місце в цьому списку, тому з урахуванням отриманих результатів про профілактику треба розглядати як інвестицію в здоров'я й розвиток людину. Профілактику треба проводити починаючи зі школи, де повинен бути окремий предмет чи гурток, який буде висвітлювати хвороби, які несуть загрозу через поведінку молоді.

Під час профілактики треба використовувати не сухі факти і цифри, а брати історії реальні, щоб для молоді було яскравим прикладом. Також треба використовувати теорію життєвих навичок: мотивацію на готовність змінити ризиковану поведінку щодо свого здоров'я, регулярне тестування.

Також треба не забувати про наступну інформацію і повторювати її на постійній основі про здоровий спосіб життя, цінності родини, про неприпустимість вживання психоактивних речовин, про ВІЛ/СНІД, стратегії прийняття усвідомленого інформованого вибору й навички комунікації.

Вчені визначилися з показниками психологічної адаптації це психологічні феномени, як життєстійкість, стратегії совладаючого (копінг) поведінки, психологічна задоволеність життям і рівень розвитку механізмів психологічного захисту.

Життєстійкість є інтегральним показником і «являє собою систему переконань про себе, про світ, про відносини зі сім'єю. Це диспозиція, що включає у себе три порівняно автономні компоненти: залучення, контроль, прийняття ризику. Виразність цих компонентів і життєстійкості у цілому перешкоджає виникненню внутрішнього напруження у стресових ситуаціях за рахунок стійкого совладання зі стресами й сприйняття їх як менш значимих» [24].

Життєстійкі переконання впливають на оцінку ситуації – завдяки готовності активно діяти й упевненості в можливості впливати на ситуацію, вона сприймається як менш травматична для людини. Якщо глянути з іншого ракурсу на цю проблему, то життєстійкість допомагає активному подоланню труднощів. Життєстійкість нашоє впливає на піклування про власне здоров'я і благополуччя, за рахунок чого напруга й стрес, яку відчуває людина, не переходять в хронічні форми і не викликають психосоматичних хвороб. Вона пов'язана зі стійким переживанням особою власних дій, які і відбуваються навколо подій "як цікавих і радісних (залучення), як результатів особистісного вибору й ініціативи (контроль) і як важливого стимулу до засвоєння нового (прийняття ризику)" [25].

Совладаюча поведінка, або копінгові стратегії, - цілеспрямована соціальна поведінка, яка дозволяє суб'єктові пережити з важкою життєвою ситуацією (або стресом) способами, адекватними особистісними особливостями та ситуацією, через усвідомлені стратегії дій. Дана свідомо поведінка націлена на активну зміну, перетворення ситуації, яка піддається контролю, чи на пристосування до неї, якщо ситуація не піддається контролю. При такому розумінні співпадаюча поведінка важлива для соціальної адаптації [18].

Не останнє місце займає задоволеність життям, як інтегративний показник, який включає в якості основного носія емоційну складову. Для людини, щоб відчувати задоволення від життя повинен бути низький рівень емоційної напруженості, витривалість, психологічне здоров'я, висока емоційна стійкість, низький рівень тривожності, психологічний комфорт, високий рівень задоволення ситуацією і своєю роллю у житті. Життєва задоволеність включає в себе : інтерес до життя як протилежність апатії; рішучість, цілеспрямованість, послідовність у досягненні життєвих цілей; відчуття, що ти потрібен; погодженість між поставленими й реально досягнутими цілями; позитивна оцінка власних якостей і вчинків; мотивація, відсутність агресії, позитивне мислення, загальне тло настрою [32].

Психологічний захист - це система регуляторних механізмів у психіці, що спрямовані на усунення чи зведення до мінімуму негативних, травмуючих особистість переживань, сполучених із внутрішніми та зовнішніми конфліктами, станами тривоги й дискомфорту. Ситуації, що вимагають психологічного захисту, характеризуються реальною або вигаданою загрозою цілісності особистості, її ідентичності й самооцінці [13].

Розглядаючи психологічний захист його не можна оцінювати як позитивне чи негативне явище. Психологічний захист дає змогу зберегти стійкість людини на фоні дестабілізуючих переживань та досягти більш менш гарної адаптації. В той же час він позбавляє людину можливості вплинути на дану ситуацію і прибрати джерело її переживань.

Існує альтернатива психологічного захисту в таких ситуаціях це реальне втручання і зміна ситуації, чи самозмінна, адаптація до ситуації за рахунок перетворення самої особистості. Корисний (адаптивний) ефект психологічного захисту більшою мірою проявляється, коли масштаб конфлікту, який загрожує цілісності особи невеликий. Коли відбувається істотний конфлікт, який вимагає прибирання його причин, психологічний захист більше всього відіграє негативний фактор, знижуючи емоційне напруження та значущість для особи [19].

Під час дослідження прослідковується тенденція зниження рівні проінформованості підростаючого покоління з проблемою поширення та зараження ВІЛ/СНІД, було замічено, що інформація про інфекцію обростає міфами і фобіями, щодо ризику їх власного зараження.

Треба визначитися, що сучасна молодь і підлітки – це особлива група населення і з ними треба детальніше і частіше проводити роз'яснювальну роботу, щодо даного захворювання. Нажаль, головне джерело де молодь черпає інформацію – це Інтернет і соціальні мережі, а не батьки, вчителі, лікарі та наукова література. Тому, треба всю інформацію розміщати в сітях Інтернету. Також треба перенавчити медичний персонал сучасним технологіям, а не використовувати незрозумілі для дітей, научні терміни і метод залякування. А використовувати цікаві бесіди з участь хворих людей на дану хворобу, «мозкові штурми», дискусії, щоб Ви були авторитетом для дітей. І вони не боялися звернутися до вас за порадою і почути не наукові терміни і погрози, а розуміння і дієву пораду. Працювати в тандемі з батьками, педагогами, враховувати характер дітей, вік, соціальний статус. Працювати для дітей і для їхнього блага.

Можна зробити висновок, що єдиний правильний шлях для взаєморозуміння і взаємопраці з з молоддю – це пояснювати, обговорювати й приводити аргументи, а не наукові терміни та залякування.

В нашій країні ще є одне нагальне питання, як вимагає скорішого вирішення – це розширення волонтерський програм з питань профілактики і дискримінації людей, які мають ВІЛ позитивний результат, а застосовувати принцип "рівний - рівному" [15].

Якщо молодь буде вчасно і доступно проінформована про проблему ВІЛ/СНІДу, послідовність і безперервність первинної профілактики, комплексний і міжвідомчий підхід медико-соціальної роботи зможуть вплинути на зниження ризику зараження підлітків і зберегти репродуктивний потенціал.

Основне завдання лікаря не тільки лікувати хворого, а й допомогти людині в оптимізації якості життя. Тому важливість подібної комплексної оцінки хворих ВІЛ-інфекцією визначається ще й тим, що підтримка вказаних пацієнтів на певному рівні, поряд з виживаністю, у цей час відображає як здатність хворого адаптуватися до проявів своєї хвороби, так і якість його медико-психологічного супроводження.

#### **1.4. Психодіагностичне дослідження особистості з ВІЛ-позитивним статусом**

В чому закладається первинна профілактика населення ? Більша половина населення не скаже алгоритм дій. Первинна профілактика включає в себе: тестування донорської крові на ВІЛ, профілактику наркоманії й зловживання алкоголем, освіта й навчання з метою популяризації безпечного сексу, пропаганди безпечної ін'єкційної практики тощо.

Основне джерело у попередженні захворювання ВІЛ-інфекцією має інформування населення про захворювання, про особливості шляхів передачі й прояви захворювання. Вченими було проведено дослідження і висновок невтішний половина населення є недостатньо проінформовані про джерела інфікування. Населення знає шляхи передачі інфекції, але це є недостатнім, і навіть при наявності знань про механізми й шляхи передачі захворювання часто відсутня сторожкість у плані можливого зараження. Часто зневажають засобами захисту і надіються на чудо. Але нажалі статистика показує, що чуда не буває в питанні життя і хвороби.

За наявним даними, інформаційні кампанії серед населення можуть бути корисними в стримуванні епідемії ВІЛ/СНІДу. Дослідження, проведені в різних країнах, продемонстрували, що заходи, здійснювані засобами масової інформації, з профілактики ВІЛ-інфекції підвищують поінформованість населення про шляхи передачі й профілактиці ВІЛ-інфекції, сприяючи прихильності населення використанню засобів захисту, проходження дотестового консультування й тестування.

Відповідно до санітарних правил, профілактичну роботу серед населення проводять фахівці органів і установ споживчого нагляду й охорони здоров'я. Але на практиці, на жаль, показує, що самі лікарі не завжди обізнані з даного питання. Тому важливе направлення в профілактиці ВІЛ захворювання – це інформування медичних працівників про шляхи зараження та передачі інфекції. Існує статистика, що через свою необізнаність часто інфікуються акушери, хірурги, лаборанти. І з метою не допущення загараження на робочому місці проводяться бесіди, тренінги, диспути з акушерами-гінекологами, неонатологами, психологами, соціальними працівниками

Вторинна профілактика спрямована, головним чином, на максимально ранню діагностику захворювання і консультування хворих людей із метою запобігання зараження інших осіб [43].

Однією з найважливіших завдань забезпечення загального доступу до лікування й успішної боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції є розширення доступу до тестування й консультування й скорочення числа осіб, що не знають свій ВІЛ-статус. Ці особи, що не знають свій серологічний статус, з одного боку, не будуть мати доступ до високоактивної антиретровірусної терапії (АРВТ), з іншої, можуть неусвідомлено передавати вірус іншим здоровішим особам. За оцінним даними, близько 15 % усіх ВІЛ-позитивних осіб, що проживають у країнах Європейського Союзу, не підозрюють про наявність у них ВІЛ-інфекції. Періодичність тестування людей залежить від ступеня ризику, якого зазнає людина, кадрових і фінансових можливостей, а також від рівня захворюваності ВІЛ-інфекцією в конкретній місцевості або групі населення [37].

Для осіб, ризик зараження яких оцінюється як високий, рекомендується проведення тестування кожні 6-12 місяців і тримати це питання на постійному контролі.

У зв'язку з можливістю передачі інфекції різними шляхами постійно рекомендується обстеження партнерів у сімейних парах. Нашій державі

треба брати приклад з інших країн, де є обов'язкова перевірка на ВІЛ інфекцію і тільки коли пара показує висновки лікаря про негативний статус обох партнерів, тільки тоді у них приймають заяву на одруження. Це дозволяє зберегти здоров'я в молодих людей. А в деяких країнах, якщо в знаходять захворювання забороняють лдружуватися і всі ці правила затвердженні на законодавчому рівні. Стосовно до цього питання необхідно відзначити, що політика із обов'язкового дошлюбного тестування на ВІЛ і заборони для людей з позитивним ВІЛ-статусом одружуватися порушує широке коло прав людини, у тому числі принципи незалежності й недискримінації, а також право на недоторканність приватного життя, право на здоров'я й право на створення родини (ст. 16 Загальної декларації прав людини). "Міжнародні керівні принципи із ВІЛ/СНІДДУ й прав людини", розроблені в 2006 році Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу й Управлінням Верховного комісара ООН із прав людини, також проголошують право ВІЛ-інфікованих людей одружуватися й засновувати родину [30].

З іншого боку обов'язкове консультивання до й після тестування на ВІЛ-інфекцію є ефективним попереджувачим заходом відносно зниження захворюваності. Консультивання необхідно проводити незалежно від результату тесту. Бо, ніхто не захищений від зараженням даної хвороби. При негативному результаті, обговорюючи ступінь ризику інфікування, можна мотивувати на його зниження, тобто на зміну поведінки з мінімізацією ризикованих практик.

Також до вторинної профілактики можна віднести окремі превентивні заходи, спрямовані на ключові групи населення (споживачі ін'єкційних наркотиків ув'язнені, мігранти тощо).

Програми "зниження шкоди від ін'єкційного вживання наркотиків", що включають обмін шприців, консультивання, програми замісної терапії, знижують рівень поширення ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, сифілісу й інших інфекцій, що передаються парентерально. Як приклад , в Австралії за

10 років впровадження даної програми вдалося знизити кількість випадків інфікування ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків на 70%. Програми "зниження шкоди", крім цього, підвищують рівень залучення пацієнтів до надання медико-соціальної допомоги, сприяють соціалізації таких осіб.

Незважаючи на це, лише в 80 з 158 держав, у яких офіційно зареєстроване ін'єкційне вживання наркотиків, є хоча б один пункт, де можна пройти опіоїдну замісну терапію. Програми поширення шприців з голками проводяться лише в 90 країнах, і тільки в 12 країнах дотримується рекомендація: 200 стерильних голок на кожну людину, що вживає ін'єкційні наркотики, у рік.

Третинна профілактика включає заходи, спрямовані на запобігання прогресування захворювання й розвитку його ускладнень. Вона включає лікування й реабілітацію осіб із груп ризику, соціальну підтримку пацієнтів та їх родин. Заходи третинної профілактики у той же час частково виконують роль первинних превентивних заходів. Так, високий рівень прихильності пацієнтів антиретровірусній терапії (АРТ) може значно знижувати ризик передачі вірусу їх партнерам за рахунок придушення вірусної реплікації й, отже, сприяти зниженню поширення захворювання серед населення. Ефективність даної стратегії профілактики може бути додатково збільшена при постійному використанні засобів захисту. Для людей з високим ризиком зараження ВІЛ-інфекцією в якості варіанта профілактики пропонується прийом антиретровірусних препаратів у рамках доконтактної профілактики.

В останні роки збільшення охоплення терапією ВІЛ-інфікованих пацієнтів з досягненням високих рівнів прихильності до АРТ розглядається як основний інструмент стримування епідемії. Цей підхід був використаний для розробки стратегії "90-90-90", згідно з якою до 2025 р. 90 % усіх осіб із груп ризику повинні знати свій ВІЛ-статус, 90% людей із установленної ВІЛ-інфекцією повинні одержувати АРТ, а в 90% людей, що одержують терапію, має бути досягнуто придушення "вірусного навантаження". Стратегія

ЮНЕЙДС на 2016-2021 рр. ставить оптимістичну мету – припинення епідемії ВІЛ-інфекції на Земній кулі до 2030 р. [50].

На епідемічний процес при ВІЛ-інфекції впливають фактори, пов'язані із самими різними сферами життя. Значимість тих або інших факторів, що сприяють поширенню або, навпаки, стримуванню епідемії варіює залежно від соціальних, культурних, етнічних, економічних і політичних відмінностей, особливостей укладу життя.

### **1.5. Методи психологічної підтримки підлітків з ВІЛ-позитивним статусом**

Одним з улюблених методів роботи психолога з клієнтом – є тренінг. Даний метод підходить для всіх вікових груп, який дозволяє не тільки проводити бесіду, а в цікавій формі «програвати» будь-яку роль .

Звісно , даний вид роботи вимагає величезної підготовки, але він від цього стає ще більш ефективним в роботі. Існує алгоритм дій у підготовці до тренінгу. Перший етап включає в себе опрацювання змісту тренінгу, записати мету тренінгу, врахувати потреби учасників [11].

Треба представити попередній досвід та рівень знань учасників тренінгу. Це дає можливість не лише дати учасникам нову для них інформацію, а й передбачити можливе зіткнення поглядів, яке створюватиме доцільну напругу, що слугуватиме розвитку групової динаміки.

Наступні дії включає в себе чітке уявлення про очікувані результати тренінгу, тобто те, що учасники мають усвідомити або чому навчитися в ході роботи. Тренер коротко занотовує, що зміниться для учасників після проведення тренінгу, формулюючи свої записи так, щоб зрозуміти потенціал для змін.

Треба визначити, яким має бути зміст тренінгу, який викладатиметься на тренінгах з тієї чи іншої тематики тобто про що учасникам необхідно дізнатися в процесі навчання. Тренер має опанувати ці матеріали в повному обсязі, але, плануючи конкретний тренінг, він матиме проблему відбору

змістовних матеріалів. Адже їх обсяг досить значний, і обмеження часу тренінгу зазвичай робить неможливим надання всієї відомої інформації.

Тому, розробляючи записи щодо змісту певного тренінгу, тренеру доцільно керуватися добрим правилом: запитати себе, про що слухачам абсолютно необхідно дізнатися у зв'язку з даною темою; що було б корисним, але не абсолютно необхідним; про що учасникам було б бажано дізнатися, якби часу було вдосталь. Розподіливши згідно з цим принципом зміст книжок з кожної теми на три блоки, тренер розробляє змістовні матеріали до конкретного тренінгу, і використовує їх залежно від ліміту часу, який виявиться на практиці.

Треба точно знати тривалість тренінгового курсу (півдня, два дні, тиждень тощо). Знання відведеного часу допомагає визначити пріоритети матеріалів змісту тренінгу, певною мірою визначає методи навчання (різні методи потребують різного часу), дає можливість раціонально спланувати тренінг, забезпечуючи достатньо часу на інтелектуальні й рухові вправи, викладання змісту, обговорення роботи, запитання учасників тощо [6].

Зафіксувати тренеру, готуючись до роботи, - це методи, які застосовуватимуться в ході навчання. Вибір тренером тренінгових методів, технік і технологій їх застосування в кожному конкретному випадку залежатиме з від часових меж, змісту матеріалів, рівня підготовки й характеру взаємин у аудиторії, технічних умов приміщення та обладнання, наявності та якості наочних матеріалів - загалом багатьох чинників, знання й уміння враховувати та ефективно використовувати, які становить невід'ємну частину майстерності тренера.

На завершення тренеру слід уважно ознайомитися з майбутнім місцем проведення тренінгу: передбачити, як можна змінити розташування столів та стільців; де зможуть працювати малі групи; де можна організувати короткі перерви на кшталт «кава-брейк»; визначити розташування точок електроживлення апаратури, потребу у електроподовжувачах; рівень шуму у приміщенні, можливості регулювання температури й чистоти повітря тощо –

загалом вирішити низку технічних і господарських питань, від яких суттєво залежить успіх тренінгу [14].

Другий етап підготовки – розробка плану проведення занять. План заняття – це документ, який містить інформацію, потрібну тренеру для проведення тренінгу, посібник і ресурсний матеріал, який дає змогу раціонально й організовано провести заняття. Дотримуючись плану, тренер гарантує собі можливість подати доречний матеріал повністю, у логічній послідовності.

Для того, щоб свої питання щодо проведення тренінгу та відповіді на них записувати на мапі, потрібно заготувати кольорові маркери й великий аркуш 4 паперу, достатній за розміром для фіксування всіх ідей, які виникатимуть у ході планування. У центрі аркуша записуються назва тренінгу, його мета та завдання. Різними кольорами позначаються основні напрями роботи, особливості групи, методи, прийоми та техніки, ресурси, сильні та слабкі сторони ведучого, можливі труднощі, які заважатимуть продуктивній роботі, та дії з їх подолання. Колір, величина написів, розмір ліній слугуватимуть позначками важливості означених питань, а стрілки показуватимуть взаємозв'язки між ними.

Планування тренінгу – це творчий процес, який потребує чимало часу. Але це надзвичайно корисна робота – у процесі її виконання усвідомлюються нез'ясовані питання, додаються нові, розкриваються перспективи підвищення ефективності тренінгу, які не були відомі раніше.

Незалежно від обраної форми, план тренінгу повинен містити певну обов'язкову інформацію. Текст плану складається із вступу, де мають бути відображені:

- організація процедури знайомства учасників;
- господарські питання (розташування місць для коротких перерв, задоволення гігієнічних потреб учасників, порядок використання мобільних телефонів під час занять тощо);

- загальний огляд тренінгового курсу; загальний огляд першого заняття. Далі в тексті відображаються зміст заняття та методи, що застосовуватимуться, у тому числі наводяться:

- докладний опис теми;
- час, відведений для оцінювання кожної теми;
- зауваження щодо використання технічних засобів;
- зауваження щодо використання різних методів навчання; зауваження для тренера щодо певних дій (роздати матеріали, виконати певну вправу тощо) [5].

У тексті плану також відображається порядок підведення підсумків тренінгу, процедури і вправи, що виконуватимуться на завершення роботи. До плану прикладаються додатки, які містять усі необхідні додаткові матеріали тренінгу.

Відповідні частини щоденних тренінгових занять включають певні компоненти/вправи, які в ході тренінгу набувають статусу ритуальних: вступ, правила, знайомство, очікування, інформаційні включення, рухавки, оцінка-аналіз, прощання.

Вступна частина тренінгу. Для неї найбільш характерними компонентами є власне вступ, правила, знайомство та очікування. Вступ включає:

- представлення тренерської команди;
- коротку інформацію про організаторів тренінгу;
- повідомлення теми тренінгу;
- ознайомлення учасників із методичними та організаційними особливостями роботи на тренінгу.

Правила групової роботи передбачають, що:

- основні правила пропонує тренер;
- правила записуються на великому аркуші паперу і розташовуються на видному місці;

- після написання кожного правила (або всіх разом) важливо, щоб кожний учасник погодився з цим (для цього тренер використовує доречні формулювання на кшталт: «Правило приймається? Приймається! Дякую»).

- у випадку порушення правил, ведучі або учасники групи нагадують порушнику про це, посилаючись на перелік.

У цьому випадку доречно ще раз наголосити на значенні дотримання даного правила; правила приймаються щоденно на початку роботи, при цьому форма презентації правил може постійно змінюватися (напис на аркуші паперу; зображення малюнком, піктограмою; пантомімічна сценка, розіграна індивідуально, у парі або групою учасників тощо).

Знайомство – це процедура, у ході якої учасники знайомляться один з одним, придивляються один до одного. Ведучий перший вітається з групою. Це можна зробити в такій формі: «Вітаю вас. Мене звати...Я радий вас бачити. Пропоную розпочати роботу із знайомства. Візьміть папір і напишіть на ньому своє ім'я так, як Ви хотіли б, щоб до вас сьогодні зверталися» [13].

Очікування. Для успішності тренінгу важливо знати, навіщо люди прийшли на тренінг і які знання з тематики тренінгу вони вже мають. Висловлювання учасників щодо їх очікувань від навчання допоможуть правильно спрямувати роботу групи. Тож перед початком роботи тренер та група повинні домовитися щодо бажаного результату спільної роботи. Очікування на початку першого дня роботи групи стосуються, перш за все, загальної спрямованості тренінгу та його користі для кожного учасника; на початку наступних днів роботи вони стосуються уточнення конкретних кроків для досягнення поставленої мети.

Основна частина тренінгу складається зазвичай з трьох послідовних блоків (підчастин), які спрямовані на визначення проблеми, котрій присвячений тренінг; пошук шляхів її розв'язання; розвиток практичних навичок, потрібних для цього. Зокрема:

а) блок визначення та актуалізації проблеми спрямований на якомога чіткіше з'ясування проблеми, яку повинна вирішити група, міру її важливості для кожного учасника. Він також слугує введенню учасників у коло понять та термінів теми заняття, допомагає виявити причини актуальності обраної тематики тренінгу та наслідки запровадженого навчання для кожного члена групи;

б) блок пошуку шляхів розв'язання проблеми та надання необхідної для цього інформації включає вправи/методи розробки планів конкретних дій для вирішення поставлених завдань, необхідних для розв'язання проблеми тренінгу; стимулювання індивідуального пошуку кожним учасником власних шляхів розв'язання цієї проблеми; надання учасникам необхідної інформації з проблеми (для чого використовуються доречні інформаційні включення);

в) блок розвитку практичних навичок особливо важливий у тому разі, коли така робота включена в завдання тренінгу (формування нових практичних навичок певних дій або зміна відповідних старих стереотипів).

Рухавки - вправи для забезпечення належного рівня рухової (фізичної) активності учасників тренінгу – часто застосовуються після завершення перерви, щоб всі учасники скоріше включилися в навчальний процес (для повноцінного включення зазвичай потрібно близько п'яти хвилин). Тренер, як правило, намагається перші хвилини після перерви заповнити іграми-розминками (рухавками). Ними також доцільно перемежовувати частини тренінгового заняття для переключення уваги учасників і зменшення напруги в групі. «Тренерський портфель» має містити різні рухавки, ефективність яких неодноразово перевірена на практиці.

Завершальна частина. Щоденно тренінгові заняття завершуються спеціальними вправами, які входять до ритуалу прощання («тренерський портфель» містить подібні вправи). Передусім оцінка-аналіз заняття. Мета такої оцінки – перевірити ефективність навчання, передусім установити, що з виконаного на заняттях було корисним для учасників, допомогло їм змінити деякі погляди, можливо й поведінку. Оцінка сприяє

самоаналізу учасників процесу, стимулює народження нових ідей, допомагає зрозуміти, наскільки учасники досягли поставленої мети, допомагає коригувати плани наступних занять. Найбільш зручний спосіб оцінки – анкетування учасників тренінгу.

### **Висновки до розділу 1**

Коли ймовірно йде про категорію населення, а саме про підлітковий вік із ВІЛ-СНІД, треба допомогти, проговорити, підтримати психологічно та маємо самі усвідомити, що позитивність цього сприйняття повністю залежить від дорослих, які за ними доглядають, або під опікою яких вони перебувають. Саме за умови наявності в людей, що здійснюють догляд, прихильності до АРВ-терапії, у цьому випадку буде вищий шанс на успішність усього комплексу дій.

Тому потрібно виявляти та враховувати як ті загальні та індивідуальні чинники, що стосуються дорослих, так і ті чинники, що безпосередньо зумовлені віком та середовищем проживання дитини-підлітка. Треба бути в курсі справ дитини і реагувати на будь – які зміни в поведінці, враховувати їхні побажання і вивчати психологію підлітків. Особливості ставлення підлітка до сприйняття терапії та різноманітних лікувальних форм, інформованість з урахуванням вікових особливостей про своє захворювання / свій стан і необхідність прийому ліків тощо.

У підлітковому віці важливу роль будуть відігравати такі особистісні вікові чинники, як прагнення до самоствердження, самостійності у прийнятті рішень, критичне ставлення до навколишнього світу, що у крайніх варіантах призводять до конфліктності та протестної поведінки. Дорослим треба правильно розставити пріоритети і не давити на підлітка, а стати для нього авторитетом, щоб дитина наслідувала не співака чи друзів, а вса дорослих. Тому головна задача для дорослих бути прикладом для дітей.

Лікар може активно вплинути на більшість аспектів, що формують прихильність до АРВ-терапії в пацієнта-підлітка. Від його навиків та

професіоналізму, залучення до процесу лікування й інших фахівців (психологів, соціальних співробітників, консультантів, вузькопрофільних спеціалістів тощо) залежатиме, як хворий впорається зі стресом, пов'язаним із захворюванням та прийомом терапії, наскільки він віритиме в успішність лікування, чи добре він розуміє поставлені перед ним завдання в аспекті організації режиму та дієти, чи має він інформацію про допоміжні служби, до яких можна звернутися в разі необхідності, яка допомога там надається тощо.

## **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП**

### **2.1. Опис та обґрунтування методів дослідження**

Для того щоб правильно обрати методи та форми роботи з ВІЛ – позитивними підлітками та вивчити внутрішню хворобу треба спочатку визначити поточний рівень за названим показником. І для досягнення мети було проведено емпіричне дослідження в даній категорії ВІЛ- інфікованих осіб.

Впершу чергу для проведення емпіричного дослідження було нами відібрано методики, які найбільше розкривають суть проблеми і можуть об'єктивно відтворити картину світобачення ВІЛ-позитивних підлітків.

Сучасний стан соціальної політики знаходиться на задовільному рівні і не може розглядатися окремо від глобальних змін і викликів, які нам диктує час. В сучасній Україні є безліч проблем, які потребують негайного вирішення і ці проблеми взаємопов'язані. До таких проблем можна віднести стан довкілля, збіднілість населення через ряд негативних причин, таке явище, як соціальне відторгнення, військові та соціальні конфлікти, швидке поширення тероризму, соціальна нерівність на всіх етапах життя людей, духовним зубожінням нашого народу. І як наслідок всіх цих подій, поширення різних видів психологічних, психофізіологічних та поведінкових залежностей і хвороб серед населення, що наносять великі економічні та соціальні збитки країні. Однією з них є ВІЛ/СНІД.

Протягом незалежності в Україні набуває поширення дана хвороба і нажаль, найбільше серед підлітків. Існує ряд причин чому склалася така ситуація – це впершу чергу поширення наркотиків, вживання алкоголю та психотропних речовин, комерційний секс, низький рівень обізнаності про шляхи інфікування ВІЛ, дискримінація і стереотипи серед української молоді – це і багато інших причин, які є причинами поширення хвороби, яку в світі прозвали Чума ХХІ століття.

Вже доведена ефективність АРВ-терапії і має багаторічний клінічний досвід і численні дослідження, що підтверджують, що високоактивна АРВ-терапія має вірусологічний, імунологічний результат та суттєво підвищує здатність інфікованих, з якими вона застосовується, до виживання. Але, якби не були проценти, але головна умова для лікування і підтримки організму – це високий рівень довіри – 95%. Який необхідний через те, що лікарські засоби не діють на сам вірус, що потрапив до організму, а запобігають проникненню вірусу до неінфікованих клітин, блокуючи специфічні рецептори, «консервують» ВІЛ у межах вражених клітин та не дають розвиватися процесу далі, впливаючи на ферментну систему вірусу.

Для того, щоб вірус не мав змоги знову атакувати організм треба терапію проводити безперервно. Тільки так в крові буде постійно підтримуватися потрібна кількість антиретровірусних засобів. Малійше відхилення від терапії може викликати серйозну угрозу для життя людини.

В цей час у підлітків розвивається дві різні за своєю характеристикою психологічні системи розвитку взаємин, перша з дорослими, а друга з однолітками. Ці форми формуються в середніх класах. Виконуючи одну й ту ж саму загальну соціалізаційну роль, ці дві системи взаємин нерідко входять в суперечність одна з одною за змістом і за регулюючими їх нормами. Побудова відносин з однолітками, як правило, формується на партнерських умовах і регулюються на рівноправ'ї, а відносини з батьками і вчителями є нерівноправними. І ось відповідь на запитання: « Чому підлітки і дорослі не знаходять спільної мови в підлітковому віці?» Бо спілкування з однолітками приносить задоволення, свободу, спільні інтереси, а з дорослими важко спілкуватися і тому підлітки, як правило, перестають спілкуватися з вчителями та батьками і багато часу проводять з однолітками.

Відносини підлітка з друзями, однолітками, однокласниками складніші, різноманітніші і змістовніші, ніж у молодшого школяра. Спілкування з дорослими вже не вирішує всіх питань підлітка, а їх втручання, тиск, контроль викликає образи, протест.

Далі відбувається наступна картина, що спілкування з однолітками та товаришами стає цікавим, змістовним, навчання відходить на другий план. В цей час у підлітка яскраво проявляється потреба спілкування, спільної діяльності, колективного життя, дружби, кохання і виникає бажання бажання бути прийнятим, покликаним, шанованим товаришами.

У підлітка у спілкуванні відбуваються серйозні зміни, якщо молодшого школяра цікавлять навчання і гарна поведінка, то у цьому віці цікавить особистісне спілкування і розвиток своєї індивідуальності.

У роботі використовувалися такі **методики**:

1. Шкала тривоги Спілбергера (модифікація Ханіна);
2. Шкала депресії Бека
3. П'ятифакторний особистісний опитувальник (Р. МакКрає, П. Коста);
4. «Як влаштований мій світ у хворобі» (за опитувальником Д. Леонтьєва);
5. Авторська анкета
6. Копінг-тест Лазаруса

1. Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – за цією методикою, бо вона єдина, яка дає можливість диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан, що пов'язаний із актуальною ситуацією. Дана методика дає змогу визначити показники тривожності в структурі особистості. Тривожність як особистісна риса позначає мотив чи набуту поведінкову позицію, що змушує людину сприймати широке коло об'єктивно безпечних обставин як такі, які містять погрозу, змушуючи реагувати на них через тривожні стани, інтенсивність яких не відповідає реальному рівню небезпеки. Реактивна (ситуативна) ж тривожність показує стан людини в даний момент часу, що характеризується емоціями, які переживаються суб'єктивно: напругою, занепокоєнням, нервовістю, стурбованістю в конкретних обставинах. Даний стан виникає як емоційна реакція на екстремальну чи стресову ситуацію, може бути різним за

інтенсивністю та динамічним у часі. Вимірювання обох цих видів тривожності можна здійснити за допомогою зазначеного опитувальника.

2. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) створена А.Т. Беком в 1961 р. і яка була розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш частих скарг. Після ретельного співвідношення цього списку параметрів з клінічними описами депресії, які містяться у відповідній літературі, був розроблений опитувальник, який складається з 21 категорію симптомів і скарг. І кожна категорія включає в себе 4-5, що відповідають специфічним проявам/симптомам депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомого внеску симптому в загальний ступінь важкості депресії. Відповідно до ступеня вираженості симптому, кожному пункту присвоєні значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Деякі категорії включають в себе альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу.

Під час перших опрацювань методики все було складно і займало багато часу. Методика проводилася у присутності експерта, який зачитував пацієнту вголос твердження і пацієнт повинен був вибрати твердження, яке відповідає його стану в даний момент. Пацієнту теж давався екземпляр, за яким він мав змогу слідити і відповідати на запитання. На підставі відповіді пацієнта дослідник відзначав відповідний пункт на бланку. На додаток до результатів тестування дослідник враховував анамнестичні дані, показники інтелектуального розвитку та інші параметри.

Зараз існує думка, що таке проведення методики забирає багато часу і тому була спрощена процедура тестування: опитувальник видається на руки пацієнту і заповнюється ним самостійно.

Показник по кожній категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 згідно з наростанням важкості симптому.

Сумарний бал складає від 0 до 62 і знижується відповідно до поліпшення стану.

3. П'ятифакторний особистісний опитувальник або тест «Велика П'ятірка» («Big five»), розроблений американськими психологами Р. МакКрає і П. Коста в 1983-1985 рр. Опитувальник удосконалювався і остаточний його варіант був представлений в 1992 тестом NEO PI (аббревіатура. Від англійського словосполучення: «Нейротизм, екстраверсія, відкритість – особистісний опитувальник»).

На думку Р. МакКрає і П. Коста, виділених на основі факторного аналізу п'яти незалежних змінних (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співпраця, сумлінність) цілком достатньо для адекватного опису психологічного портрета особистості. На сьогодні тест-опитувальник «Велика п'ятірка» набув великої популярності і практичного значення.

П'ятифакторний тест-опитувальник являє собою набір з 75 парних, протилежних за своїм значенням, зіставлених висловлювань, що характеризують поведінку людини. Зіставлений матеріал має п'ятирівневу 75 оціночну шкалу Р. Лайкерта (-2; -1; 0; 1; 2), за допомогою якої можна вимірювати ступінь вираженості кожного з п'яти факторів (екстраверсія – інтроверсія; прихильність – відособленість; самоконтроль – імпульсивність; емоційна нестійкість – емоційна стійкість; експресивність – практичність).

4. У ході опитування за методикою «Як влаштований мій світ у хворобі» застосовувався опитувальник Д. О. Леонтєва. Цей опитувальник складається із 40 тверджень, розбитих на 20 опозицій.

Опитувальник «Смисложиттєві орієнтації» Д. О. Леонтєва дозволяє виявити джерело сенсу життя, що може бути віднайдене людиною або в майбутньому (мета), або в теперішньому (процес), або в минулому (результат), або в усіх трьох складових життя.

Опитувальник смисложиттєвих орієнтацій є адаптованою версією тесту «Мета в житті» Джеймса Крамбо та Леонарда Махолика. Методика була розроблена на основі теорії тяжіння до смислу й логотерапії Віктора Франкла

й мала на меті емпіричну валідацію низки уявлень, пов'язаних із цією теорією.

На основі факторного аналізу адаптованої Д. О. Леонтьєвим версії цієї методики вітчизняними дослідниками був створений тест смисложиттєвих орієнтацій, що включає, разом із загальним показником осмисленості життя, також п'ять субшкал, що відображають три конкретні смисложиттєві орієнтації (цілі в житті, насиченість життя та задоволеність самореалізацією) і два аспекти локусу контролю (локус контролю-Я і локус контролю-життя).

Тест смисложиттєвих орієнтацій містить 20 пар протилежних тверджень, що відображають уявлення про чинники осмисленості життя особистості.

У тесті смисложиттєвих орієнтацій життя вважається осмисленим за умови наявності цілей, задоволення, отриманого при їх досягненні, та упевненості у власній здатності ставити перед собою цілі, обирати завдання серед наявних, і досягати результатів. Важливим є зрозуміле співвіднесення цілей – із майбутнім, емоційної насиченості – з теперішнім, задоволення – із досягнутим результатом, минулим.

Ситуація дозволяє кожній людині зробити в теперішньому певний вибір у вигляді вчинку, дії або бездіяльності. Основою такого вибору є сформоване уявлення про сенс життя або його відсутність. Сукупність здійснених, актуалізованих виборів формує «минуле», яке є незмінним, варіаціям підлягають лише його інтерпретації. «Майбутнє» є сукупністю потенційних, очікуваних результатів зусиль, що вживаються в теперішньому, відтак, майбутнє є принципово відкритим, а різні варіанти очікуваного майбутнього мають різну мотиваційну привабливість.

Опитуваним було запропоновано обрати між двома протилежними твердженнями, позначивши своє ставлення до них за допомогою обраної цифри від -3 до 3. Близькість до максимальних значень означала максимальну згоду опитуваного із твердженням із лівої (-3) або правої (3) частини опитувальника.

5. Застосовувалася авторська анкета, покликана з'ясувати особливості життя ВІЛ-позитивних осіб після виявлення в них відповідного статусу.

#### Анкета

Оберіть варіант відповіді, що найбільше вам підходить

1. Ваша стать:

- а) чоловіча
- б) жіноча
- в) інший варіант відповіді

2. Ваш вік (укажіть кількість повних років)

3. Чим ви займаєтесь?

- а) навчаюся у школі
- б) навчаюся в закладі професійної освіти
- в) навчаюся у виші
- г) працюю
- д) не навчаюся й не працюю

4. Тривалість хвороби або ваша обізнаність стосовно неї?

- а) менше року
- б) 1-2 роки
- в) 3-5 років
- г) від народження

5. Чи змінилися ваші відносини з близькими після виявлення у вас ВІЛ-позитивного статусу?

- а) ні
- б) погіршилися
- в) припинили спілкування

6. Чи проходите ви лікування?

а) так

б) ні

7. Як ви ставитеся до АРВ-терапії?

а) позитивно

б) негативно

в) нейтрально

8. Чи вірите ви в ефективність лікування, яке проходите?

а) так

б) ні

9. Чи маєте ви плани стосовно власного майбутнього?

а) так

б) ні

10. Чи стикаєтеся ви з дискримінацією себе як носія ВІЛ-позитивного статусу?

а) ні, ніколи

б) так, рідко

в) так, часто або постійно

6. Методика визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана базується на твердженні, що копінг-стратегії свідомо обираються особистістю і спрямовані на зміну сприйняття та власне, за можливістю, на зміну самої стресогенної ситуації. Опишемо зміст цих копінг-стратегій.

1) Копінг-стратегія конфронтації передбачає емоційно-потужний, поведінково-активний опір особистості стресогенній ситуації. Поведінковими проявами особистості за умови активності копінг-стратегії конфронтації є ворожість, імпульсивність, енергійність, зухвалість, виникнення важкості в плануванні власних дій.

2) Копінг-стратегія дистанціювання характеризується зниженням негативних переживань та емоційної залученості особистості до сприйняття та аналізу деталей стресогенної ситуації. Для даної копінг-стратегії характерними є раціоналізація, почуття гумору та відсторонення особистості від стресогенної ситуації. Зауважимо, що раціоналізацію і відсторонення можна трактувати і як механізми психологічного захисту.

3) Копінг-стратегія самоконтролю характеризується контролем власної поведінки, прагненням до самовладання, стриманістю емоцій та мінімізацією їх впливу на оцінку особистістю стресогенної ситуації. Характерною рисою самоконтролю є прагнення особистості приховати від інших людей власні переживання, що свідчить про високу вимогливість до власної поведінки.

4) Копінг-стратегія соціальної підтримки характеризується пошуком особистістю соціальних ресурсів та емоційної підтримки з метою розв'язання стресогенної ситуації. Характерною рисою цієї копінг-стратегії є орієнтованість особистості на взаємодію з іншими та очікування при цьому нею уваги, підтримки та співчуття від оточуючих.

5) Копінг-стратегія прийняття відповідальності характеризується визнанням особою власної значущості у виникненні стресогенної ситуації; вона виражає прагнення особистості до розуміння взаємозв'язку між власними діями та їх наслідками, готовністю аналізувати власну поведінку в умовах стресогенної ситуації. Характерною рисою даної копінг-стратегії є самокритичність особистості та переживання нею почуття провини.

6) Копінг-стратегія уникнення характеризується запереченням та ігноруванням особою стресогенної ситуації, фантазуванням, пасивністю, роздратованістю. Характерною рисою зазначеної копінг-стратегії є використання людиною алкогольних напоїв або переїдання з метою зниження емоційного напруження.

7) Копінг-стратегія планування розв'язання проблем характеризується цілеспрямованим аналізом особистістю стресогенної ситуації та плануванням можливих варіантів її поведінки, врахуванням нею об'єктивних умов

розв'язання, досвіду власного долавання проблем та наявності ресурсів, які б допомогли в розв'язанні проблеми.

8) Копінг-стратегія позитивної переоцінки характеризується доланням особою негативних переживань. Характерними ознаками даної копінгстратегії є філософське осмислення людиною стресогенної ситуації та її аналіз з метою прийняття одного зі шляхів власного особистісного саморозвитку.

Характеристика учасників дослідження представлена в наступному підрозділі.

## **2.2. Характеристика груп**

**Вибірку досліджуваних** склали 50 учасників віком від 14 до 17 років, різної статі. Всі учасники дослідження були розподілені на дві групи. До першої з них увійшли підлітки, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя (25 осіб). Другу групу склали ті ВІЛ-позитивні підлітки, які живуть із ВІЛ від народження (25 осіб).

Одним з основних завдань медичної галузі у системі протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні є не тільки раннє виявлення нових випадків інфікування ВІЛ, але і своєчасне взяття осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції під диспансерний нагляд.

Однією з переваг існуючої системи епіднагляду в Україні є те, що оперативна інформація про результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції віддзеркалює обсяг та результати тестування різних контингентів населення на антитіла до ВІЛ. Але, в той же час, вона не містить персоніфікованих даних обстежених осіб.

Також в Україні ведеться персоніфікована реєстрація випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу, що відображається в офіційній статистиці зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. При цьому, згідно даних офіційної звітності «Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції»,

указується лише кількість обстежень (а не осіб), в яких було підтверджено наявність антитіл до ВІЛ.

ВІЛ-інфекція – захворювання, що супроводжується низкою соціальних проблем, серед яких найбільш важливі стигматизація і дискримінація осіб з ВІЛ/ СНІД. Головною причиною це недостатнє розуміння загрози захворювання, розповсюдження міфів про шляхи передачі хвороби, пересуди. Така ситуація має негативні наслідки, а саме, викликає у таких людей стан депресії, зниження самооцінки і багато комплексів.

Стигма – це впливове та сильке соціальне «клеймо», що міняє ставлення до інших людей, що трансформує і підмінює поняття, і люди сприймають їх, як носіїв небажаних якостей.

Дискримінація – це переконання, що супроводжується активними діям. Стигма і дискримінація – наслідок помилкових уявлень, що ВІЛ-інфіковані створюють лише проблеми, хоча вони можуть брати і беруть участь у контролі епідемії.

Більшість ВІЛ-інфікованих осіб здатні та готові виконувати свої трудові зобов'язання і бути частиною соціуму, вони займають активну життєву позицію, працюють волонтерами та соціальними робітниками у громадських організаціях, спілках, благодійних фондах тощо.

Стигма і дискримінація, що пов'язані з ВІЛ-інфекцією, – явище глобальне, вони зустрічаються в усіх країнах світу. Дискримінація осіб з ВІЛ/ СНІД або тих, кого в цьому підозрюють, є порушенням прав людини.

В Конституції України на законодавчому рівні прописані всі права і обов'язки людей і громадян, і всі люди мають право на повагу і гідність незалежно від стану здоров'я. Для досягнення успіхів у подоланні подібних явищ необхідно домогтись тотальної зміни у відношенні суспільства до даної проблеми, а саме широке інформування о шляхах передачі ВІЛ-інфекції та розвіюванні міфів про дане захворювання.

Кожен респондент мав право зберегти анонімність: на початку автор анкети пропонує вказати унікальний нікнейм. Реальне ім'я не розкривалося.

У даному випадку ініціативу проявило 50 учасників, чиї результати ми будемо розглядати.

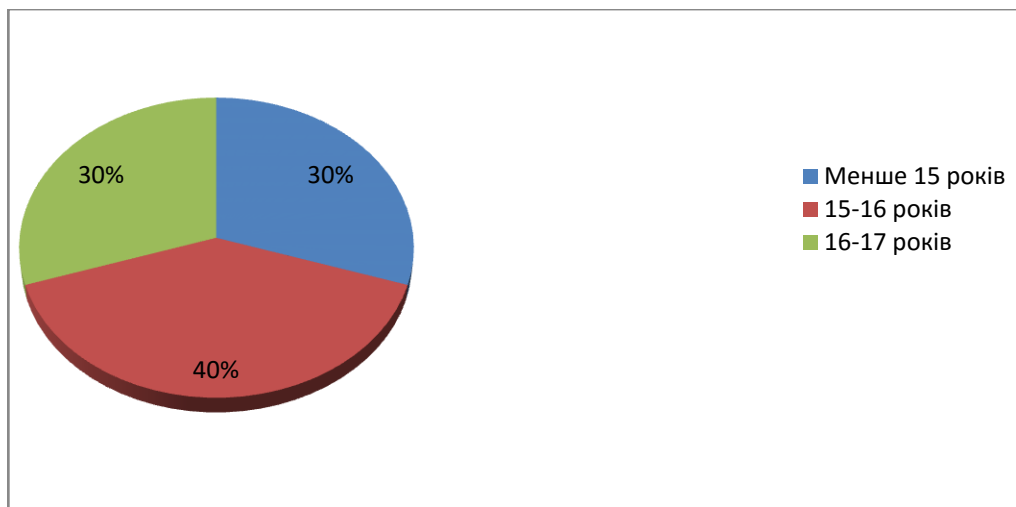


Рисунок 2.1. Розподіл учасників групи підлітків, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, за віковими показниками

Отже, абсолютна більшість респондентів групи підлітків, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, входять у молоду вікову категорію: 30% - менше 15 років, 40% - 15-16 років. Також 30% становлять особи, котрим від 16 до 17 років. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.1.

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, виявлено такі показники: 40% опитаних – молодші за 15 років, 50% опитаних – у віці від 15 до 16 років, 10% опитаних – особи, яким від 16 до 17 років. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.2.

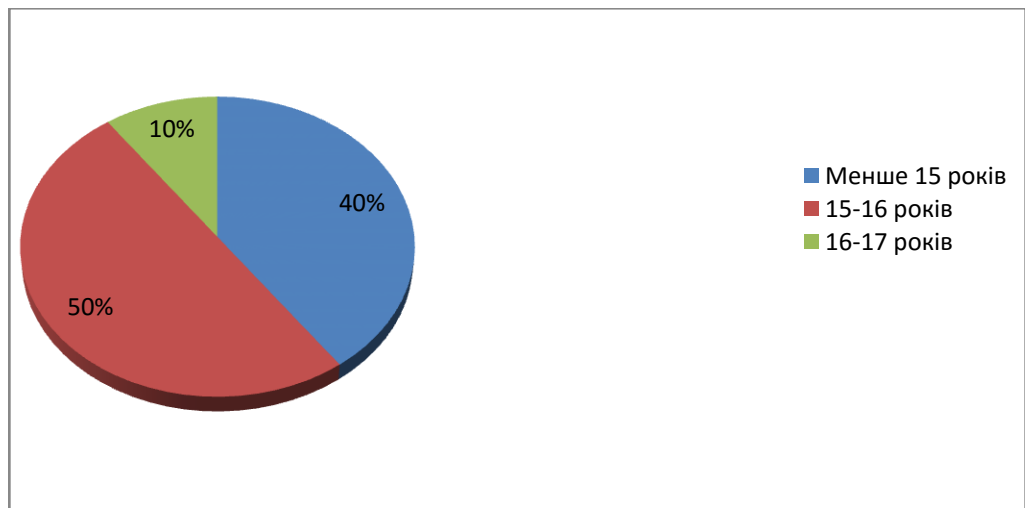


Рисунок 2.2. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за віковими показниками

У вибірці групи підлітків, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, переважають жінки: 65% проти 35% чоловіків. Згідно з отриманими відомостями, жінки частіше беруть участь у опитуваннях, керуючись бажанням вплинути на ту чи іншу ситуацію. Є ймовірність, що це – саме цей випадок. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.3.

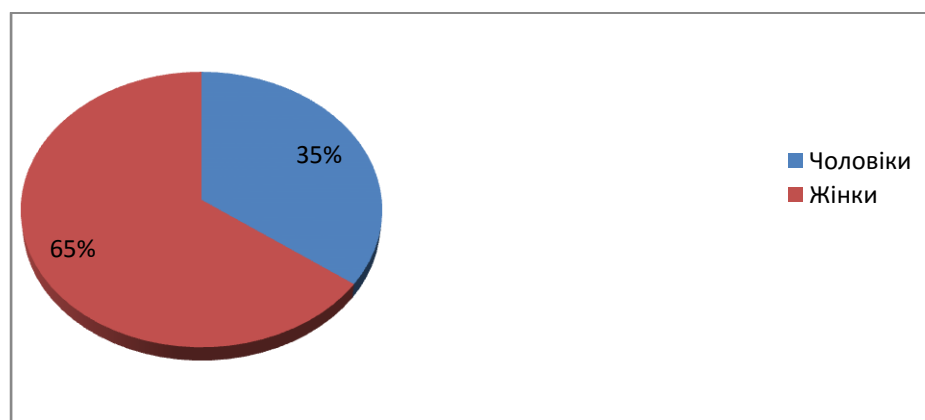


Рисунок 2.3. Розподіл учасників групи підлітків, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, за статтю

У вибірці групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, також переважають жінки, проте їх перевага над чоловіками в цій групі не є такою явною, як в експериментальній групі: 55% проти 45% чоловіків. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.4.

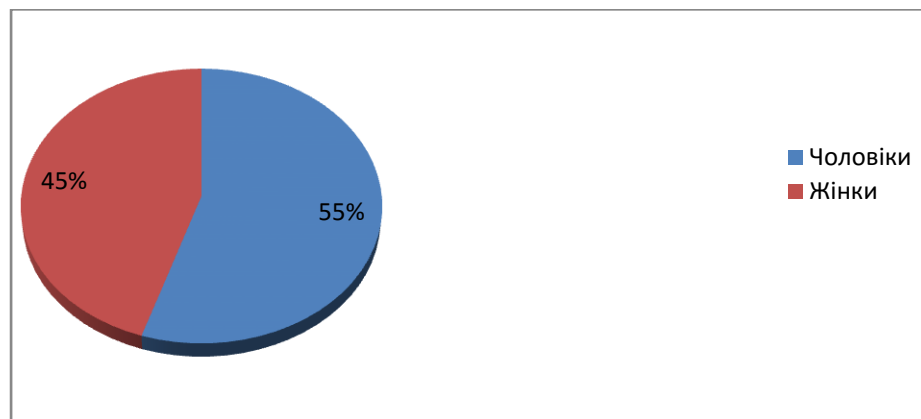


Рисунок 2.4. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за статтю

За результатами дослідження розподілу учасників групи підлітків, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, за місцем проживання вдалося з'ясувати, що 65% респондентів проживають в Україні, 15% - у Польщі, 10% - у Словаччині, 5% - в Угорщині, 3% - в Німеччині, 1% - в Італії, 1% - в Румунії.

Це свідчить про те, що активні бойові дії, спричинені повномасштабним вторгненням РФ на територію України, змусили багатьох ВІЛ-позитивних осіб залишити територію нашої країни в пошуку безпечного місця для проживання і з метою забезпечення подальшого лікування від ВІЛ-СНІДу.

Проте більша частина опитаних ВІЛ-позитивних осіб не залишила територію України, проживаючи там і надалі. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.5.

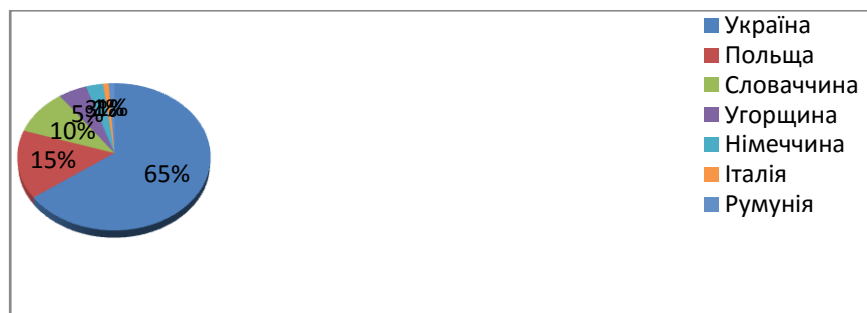


Рисунок 2.5. Розподіл учасників групи підлітків, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, за місцем проживання



Рисунок 2.6. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за місцем проживання

За результатами дослідження розподілу учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за місцем проживання вдалося з'ясувати, що 75% респондентів проживають в Україні, 10% - у Польщі, 10% - у Німеччині, 3% - в Угорщині, 2% - в Іспанії. Це свідчить про те, що більша частина опитаних ВІЛ-позитивних осіб групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, не залишила територію України, проживаючи там і надалі. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.6.

Під час опитування і підведеними підсумками було встановлено закономірності щодо розподілу учасників дослідження за тривалістю життя із ВІЛ-позитивним статусом. Так, 75% респондентів групи підлітків, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, зазначили, що живуть із зазначеним статусом від трьох до п'яти років. 15% підлітків із цієї групи підкреслили, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від одного до двох

років. 10% респондентів зауважили, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом менше року

Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.7

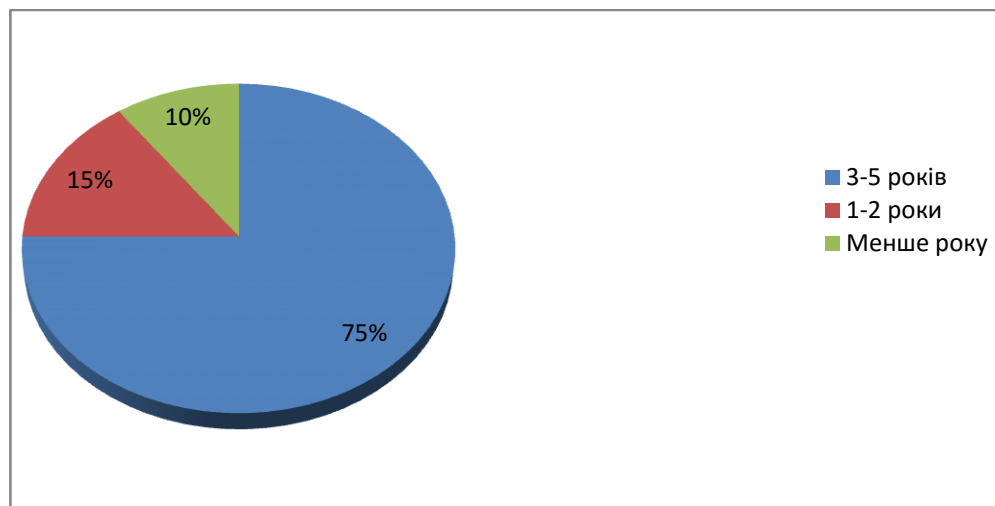


Рисунок 2.7. Розподіл учасників експериментальної групи за тривалістю життя із ВІЛ-позитивним статусом

У свою чергу, 100% респондентів групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, відповіли, що живуть з ВІЛ-статусом все життя. Скоріш за все, вони отримали хворобу при народженні від батьків. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.8

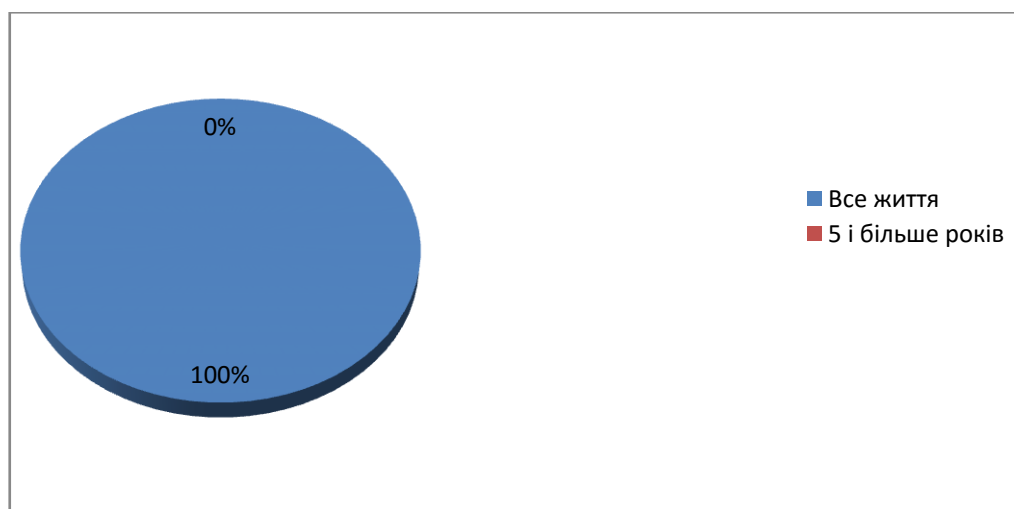


Рисунок 2.8. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за тривалістю життя із ВІЛ-позитивним статусом

Отже, за підсумками складання характеристики груп досліджуваних постала можливість сформулювати такі проміжні висновки.

Усі респонденти входять у молоду вікову категорію: від 14 до 17 років. У вибірці обох груп переважають жінки. Згідно з отриманими відомостями, жінки частіше беруть участь у опитуваннях, керуючись бажанням вплинути на ту чи іншу ситуацію.

Активні бойові дії, спричинені повномасштабним вторгненням РФ на територію України, змусили багатьох ВІЛ-позитивних осіб залишити територію нашої країни в пошуку безпечного місця для проживання і з метою забезпечення подальшого лікування від ВІЛ-СНІДу. Проте більша частина опитаних ВІЛ-позитивних осіб не залишила територію України, проживаючи там і надалі. Усі учасники дослідження поділені на дві групи, представники першої з яких набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, а другої – живуть із зазначеним статусом протягом усього життя, і це справляє певний вплив на сприйняття ними особливостей свого існування.

## **Висновки до розділу 2**

Для правильного визначення напрямків та форм роботи з вивчення внутрішньої картини хвороби у ВІЛ-позитивних підлітків було необхідно спочатку визначити поточний рівень за названим показником. З цією метою було проведене емпіричне дослідження особливостей внутрішньої картини хвороби у ВІЛ-позитивних підлітків.

Для проведення емпіричного дослідження нами були відібрані методики, які, на наш погляд, здатні максимально об'єктивно відтворити картину світобачення ВІЛ-позитивних підлітків.

У роботі використовувалися такі методики:

1. Шкала тривоги Спілбергера (модифікація Ханіна);
2. Шкала депресії Бека
3. П'ятифакторний особистісний опитувальник (Р. МакКрае, П. Коста);

4. Як влаштований мій світ у хворобі» (за опитувальником Д. Леонтєва);

5. Авторська анкета

6. Копінг-тест Лазаруса

За підсумками складання характеристики груп досліджуваних постала можливість сформулювати такі проміжні висновки.

Вибірку досліджуваних склали 50 учасників віком від 14 до 17 років, різної статі. Всі учасники дослідження були розподілені на дві групи. До першої з них увійшли підлітки, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя (25 осіб). Другу групу склали ті ВІЛ-позитивні підлітки, які живуть із ВІЛ від народження (25 осіб).

Усі респонденти входять у молоду вікову категорію: від 14 до 17 років. У вибірці обох груп переважають жінки. Згідно з отриманими відомостями, жінки частіше беруть участь у опитуваннях, керуючись бажанням вплинути на ту чи іншу ситуацію.

Активні бойові дії, спричинені повномасштабним вторгненням РФ на територію України, змусили багатьох ВІЛ-позитивних осіб залишити територію нашої країни в пошуку безпечного місця для проживання і з метою забезпечення подальшого лікування від ВІЛ-СНІДу. Проте більша частина опитаних ВІЛ-позитивних осіб не залишила територію України, проживаючи там і надалі. Усі учасники дослідження поділені на дві групи, представники першої з яких набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, а другої – живуть із зазначеним статусом протягом усього життя, і це справляє певний вплив на сприйняття ними особливостей свого існування.

## РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

### 3.1. Розгляд результатів дослідження за обраними методиками

Як було зазначено раніше, участь у дослідженні взяли 50 осіб. До першої з них увійшли підлітки, які набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, (25 осіб). Другу групу склали ті ВІЛ-позитивні підлітки, які живуть із ВІЛ від народження (25 осіб).

За підсумками використання опитувальника Спілбергера-Ханіна було отримано такі показники. Слід відзначити, що використання цього опитувальника визначало дві шкали – ситуативної та особистісної тривожності.

В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, діагностування за шкалою особистісної тривожності продемонструвало повну ідентичність із аналогічним результатом опитування в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження. Так, середній рівень особистісної тривожності продемонстрували 42% від загальної кількості опитаних. Для цих підлітків характерна загальна схильність до тривожності навіть тоді, коли очевидних причин, аби хвилюватися, по суті, немає.

50% від загальної кількості опитаних продемонстрували високий рівень особистісної тривожності. Вони можуть хвилюватися із найменш значних приводів і дуже важко повертаються до спокійного стану.

8% від загальної кількості опитаних продемонстрували низький рівень особистісної тривожності. Таких підлітків у край важко вивести зі стану спокою, вони спокійно сприймають більшість ситуацій, навіть якщо вони є екстраординарними й стресовими.

Графічно результати дослідження в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, представлені на рисунку 3.1.

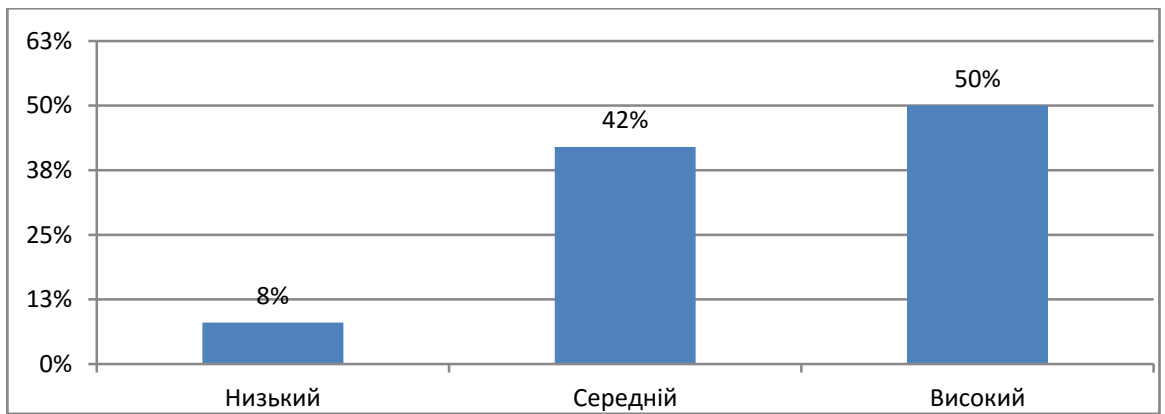


Рисунок 3.1. Показники схильності до виявів особистісної тривожності в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за результатами опитувальника Спілбергера

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, діагностування за шкалою особистісної тривожності продемонструвало абсолютну перевагу середнього та високого рівнів. Так, середній рівень особистісної тривожності продемонстрували 42% від загальної кількості опитаних. Для цих підлітків характерна загальна схильність до тривожності навіть тоді, коли очевидних причин, аби хвилюватися, по суті, немає.

50% від загальної кількості опитаних продемонстрували високий рівень особистісної тривожності. Вони можуть хвилюватися із найменш значних приводів і дуже важко повертаються до спокійного стану.

8% від загальної кількості опитаних продемонстрував низький рівень особистісної тривожності. Таких підлітків украй важко вивести зі стану спокою, вони спокійно сприймають більшість ситуацій, навіть якщо вони є екстраординарними й стресовими.

Графічно результати дослідження в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, представлені на рисунку 3.2.

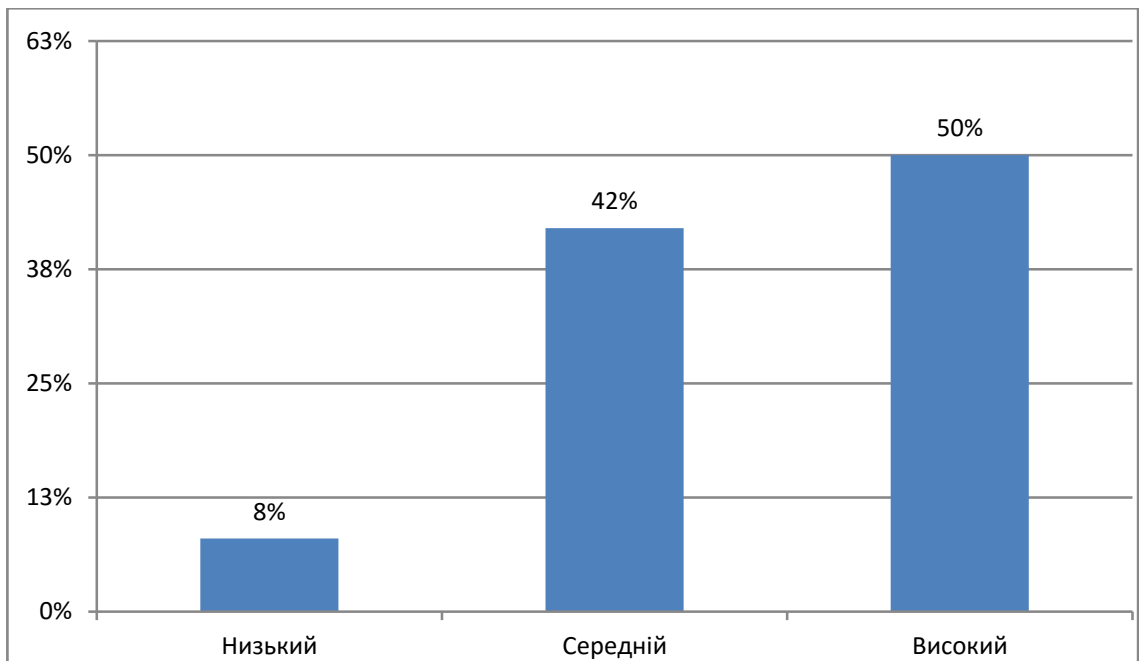


Рисунок 3.2. Показники схильності до виявів особистісної тривожності в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за результатами опитувальника Спілбергера

Отже, за підсумками діагностики особистісної тривожності в обох групах було зафіксовано однакові результати. На нашу думку, це свідчить про те, що і представники групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, і представники групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, однаково сильно хвилюються через власний статус, що й призводить до подібності реакцій.

Діагностування за шкалою ситуативної тривожності продемонструвало, що в стресових ситуаціях більшість підлітків із ВІЛ-позитивним статусом також демонструє наявність схильності до тривожного сприйняття.

В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, схильність до низького рівня ситуативних переживань продемонстрували 8% від загальної кількості опитаних. Ці підлітки виявляють спокій під час стресових ситуаціях, змусити хвилюватися їх може змусити лише зовсім екстраординарний випадок.

Середній рівень продемонстрували 50% від загальної кількості

опитаних підлітків. Ці підлітки загалом хвилюються під час стресових ситуацій, прикладами яких може бути іспит, семестрова контрольна робота, перше побачення.

42% від загальної кількості опитаних підлітків у таких ситуаціях демонструють високий рівень хвилювання.

Графічно результати дослідження в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, представлені на рисунку 3.3.

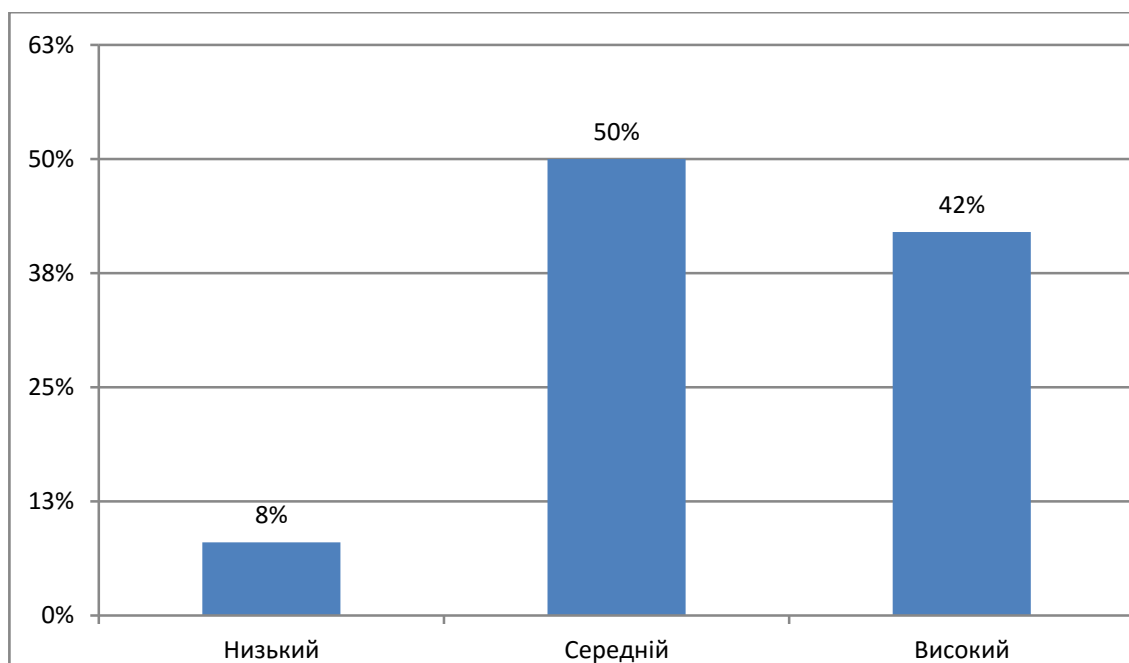


Рисунок 3.3. Показники схильності до виявів ситуативної тривожності в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за результатами опитувальника Спілбергера

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, схильність до низького рівня ситуативних переживань продемонстрували 25% від загальної кількості опитаних. Ці підлітки виявляють спокій під час стресових ситуаціях, змусити хвилюватися їх може змусити лише зовсім екстраординарний випадок.

Середній рівень продемонстрували 50% від загальної кількості опитаних. Ці підлітки загалом хвилюються під час стресових ситуацій, прикладами яких може бути перше побачення, необхідність виступати перед великою аудиторією.

25% від загальної кількості опитаних продемонстрували високий рівень хвилювання у таких ситуаціях.

Графічно результати дослідження в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, представлені на рисунку 3.4.

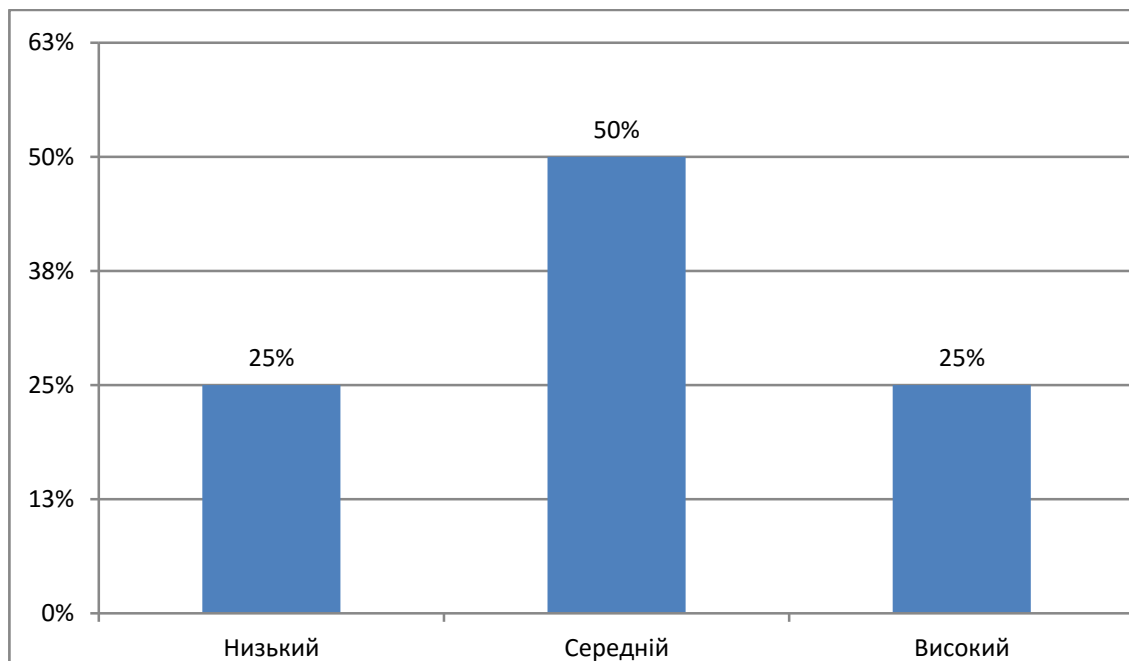


Рисунок 3.4. Показники схильності до виявів ситуативної тривожності в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за результатами опитувальника Спілбергера

Таким чином, використання тесту тривожності Спілбергера-Ханіна серед підлітків, що мають ВІЛ-позитивний статус, із обох груп за шкалами особистісної та ситуативної тривожності продемонструвало наявність переваги середнього та високого рівня особистісної схильності до тривожних відчуттів, що суттєво посилюються під час ситуативних стресових ситуацій.

За шкалою депресії Бека в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, були отримані такі результати.

В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, низький рівень схильності до депресії продемонстрували 16% від загальної кількості опитаних. Ці підлітки зазвичай переживають депресивні стани лише тоді, коли потенційно небезпечна ситуація вже виникла, до того вони здатні зберігати спокій, через що їх часто помилково вважають байдужими та

емоційно холодними.

16% від загальної кількості опитаних продемонстрували рівень схильності до депресії, що може бути визначений як «нижче середнього». Для представників цього рівня тривожності характерною є наявність власної думки, а також уміння її висловлювати й відстоювати. Вони спокійно реагують на критику, наділені достатньо високою самооцінкою та незалежністю поглядів. Переживання і тривога виникають у представників цього рівня лише тоді, коли для них дійсно є привід.

Середній рівень схильності до депресивних переживань продемонстрували 34% від загальної кількості опитаних. Ці опитані характеризуються спокійним емоційним станом, помірною самооцінкою, вони достатньо комунікабельні. Це більш відкриті люди, на відміну від людей із високою схильністю до переживання депресій. Проте вони так само можуть відчувати безпричинне хвилювання, коли для цього немає очевидних причин.

Високий рівень схильності до депресії було виявлено у 34% від загальної кількості опитаних. Учасники цієї групи характеризуються високою емоційністю, низькою самооцінкою. Вони дуже сприйнятливі й чутливі до критики, часто побоюються висловлювати власну думку та виражати почуття. Для них характерне погіршення рівня роботи у стресових ситуаціях. Вони постійно мають необхідність у тому, аби їхню роботу поціновували, визнавали. Подеколи характерними є фізичні вияви депресивних переживань.

Підлітки, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, на відміну від підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, набагато нервовіше та серйозніше реагують на виникнення будь-яких проблем навколо себе.

Графічно результати дослідження в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, представлені на рисунку 3.5.

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від

народження, низький рівень схильності до депресивних виявів продемонстрували 50% від загальної кількості опитаних). Для цих підлітків характерним є переживання страху та напруги в момент, коли потенційно небезпечна ситуація вже виникла, до того вони здатні зберігати спокій, через що їх часто помилково вважають байдужими та емоційно холодними.

8% від загальної кількості опитаних продемонстрував рівень схильності до переживання депресивних станів, що може бути визначений як «нижче середнього». Для таких індивідуумів характерною є наявність власної думки, а також уміння її висловлювати й відстоювати. Вони спокійно ставляться до критики, наділені достатньо високою самооцінкою та незалежністю поглядів. Переживання і схильність до депресивних станів виникають у людини на цьому рівні лише тоді, коли для них дійсно є привід.

Середній рівень схильності до переживання депресивних станів продемонстрували 25% від загальної кількості опитаних. Ці опитані характеризуються спокійним емоційним станом, помірною самооцінкою, вони достатньо комунікабельні. Це більш відкриті люди, на відміну від людей із високою схильністю до депресивних станів. Проте вони так само можуть відчувати безпричинне хвилювання, коли для цього немає очевидних причин.

Високий рівень схильності до депресивних станів було виявлено у 17% від загальної кількості опитаних. Учасники цієї групи характеризуються високою емоційністю, низькою самооцінкою. Вони дуже сприйнятливі й чутливі до критики, часто побоюються висловлювати власну думку та виражати почуття. Для них характерне погіршення рівня роботи у стресових ситуаціях. Вони постійно мають необхідність у тому, аби їхню роботу поцінували, визнавали. Подеколи характерними є фізичні вияви тривожності.

Отже, представники групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, схильні до виявів депресивності лише тоді, коли для цього є дійсно вагомий привід, у переважній більшості ситуацій вони

демонструють спокійну та врівноважену поведінку.

Графічно результати дослідження в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, представлені на рисунку 3.6.

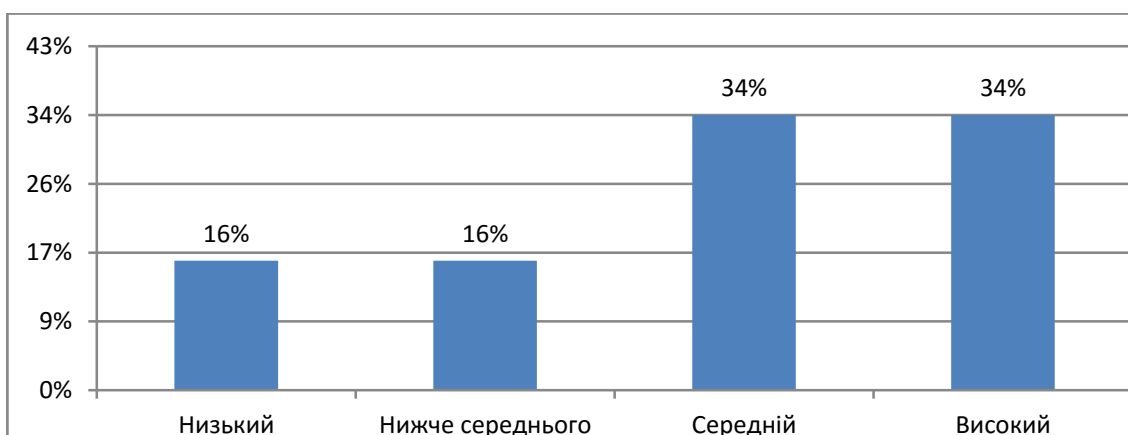


Рисунок 3.5. Показники схильності до виявів депресивних станів у групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за результатами опитувальника Бека

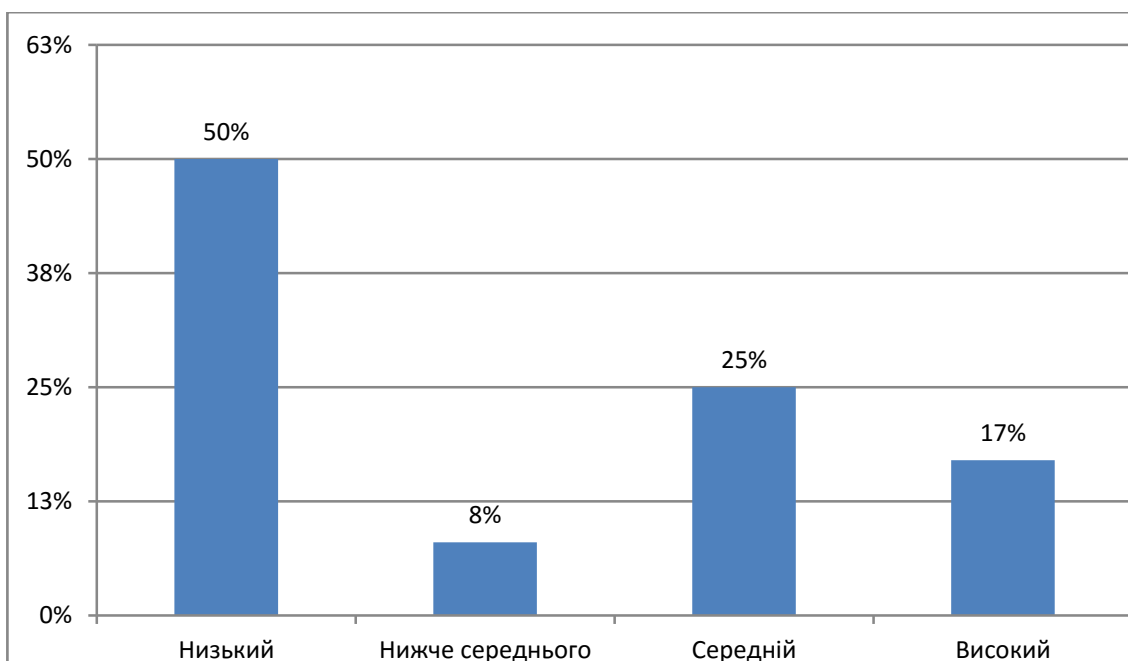


Рисунок 3.6. Показники схильності до виявів депресивних станів у групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за результатами опитувальника Бека

Отже, за підсумками використання шкали депресії Бека було відзначено, що представники групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, схильні до виявів депресивності лише тоді, коли

для цього є дійсно вагомий привід, у переважній більшості ситуацій вони демонструють спокійну та врівноважену поведінку. На відміну від них, у представників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, було виявлено схильність до більш нервової та тривожної поведінки.

П'ятифакторний особистісний опитувальник або тест «Велика П'ятірка» («Big five») було використано для того, аби максимально повно охарактеризувати особливості сприйняття підлітками із ВІЛ-позитивним статусом себе та інших людей в обох групах дослідження. Це диспозиційна модель особистості, яка характеризує людину за допомогою п'яти рис (диспозицій), або, інакше кажучи, чинників. Риса – диспозиція (схильність) поводитися певним чином, що виявляється в поведінці людини в широкому спектрі ситуацій.

За підсумками дослідження із використанням тесту «Велика П'ятірка» в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, були отримані такі показники.

Шкала «Залученість до зовнішнього світу», або «Е-фактор», використовується для визначення, наскільки людині подобається перебувати серед інших людей, наскільки вона сповнена енергією та ентузіазмом, позитивними емоціями. За цією шкалою були зафіксовані такі результати.

Високий рівень залученості до зовнішнього світу, співвідносний із екстраверсією, було продемонстровано 20% підлітками із ВІЛ-позитивним статусом. Вони є активними в групі, люблять висловлювати власну позицію, перебувати в центрі уваги. З-поміж цього сегменту опитаних показники 5% підлітків були дуже високими, що свідчить про наявність у їхній поведінці характеристик, що демонструють тяжіння до нав'язливості. Вони є вельми дружніми, комунікабельними, здатними заявити про себе, рухомими, схильними до стимуляції ззовні, життєрадісними.

Середній рівень залученості до зовнішнього світу, співвідносний із екстраверсією, було зафіксовано в 20% підлітків із групи підлітків, що

отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Їх активність у групі є можливою в тому випадку, коли всі учасники групи є для них знайомими, а власну позицію вони висловлюють охоче, проте лише в тому випадку, коли їх про це питають. Вони є питомими учасниками групової взаємодії, проте не прагнуть до лідерства в ній.

Низький рівень залученості до зовнішнього світу, що вказує на протилежне відносно екстраверсії явище – інтроверсію – спостерігається в 60% учасників опитування в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Вони є тихими, спокійними, неквапливими, менше залежать від соціуму й не потребують зовнішньої стимуляції. 20% опитаних із числа зазначеного сегменту продемонстрували крайньо низькі показники за цією шкалою, що свідчить про небажання та неможливість установлювати соціальні контакти.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.7.

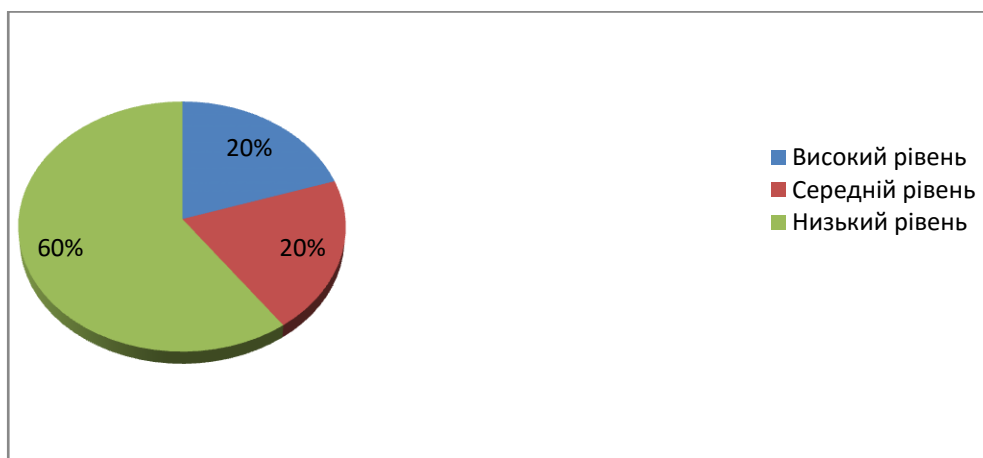


Рисунок 3.7. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» (Тест «Велика П'ятірка»)

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за цією шкалою було зафіксовано такі показники.

Високий рівень залученості до зовнішнього світу, співвідносний із екстраверсією, було продемонстровано 30% підлітками із ВІЛ-позитивним

статусом. Вони є активними в групі, люблять висловлювати власну позицію, перебувати в центрі уваги. З-поміж цього сегменту опитаних показники 5% підлітків були дуже високими, що свідчить про наявність у їхній поведінці характеристик, що демонструють тяжіння до нав'язливості. Вони є вельми дружніми, комунікабельними, здатними заявити про себе, рухомими, схильними до стимуляції ззовні, життєрадісними.

Середній рівень залученості до зовнішнього світу, співвідносний із екстраверсією, було зафіксовано в 40% підлітків із групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Їх активність у групі є можливою в тому випадку, коли всі учасники групи є для них знайомими, а власну позицію вони висловлюють охоче, проте лише в тому випадку, коли їх про це питають. Вони є питомими учасниками групової взаємодії, проте не прагнуть до лідерства в ній.

Низький рівень залученості до зовнішнього світу, що вказує на протилежне відносно екстраверсії явище – інтроверсію – спостерігається в 30% учасників опитування в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Вони є стриманими, неквапливими, менше залежать від соціуму й не потребують зовнішньої стимуляції. Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.8.

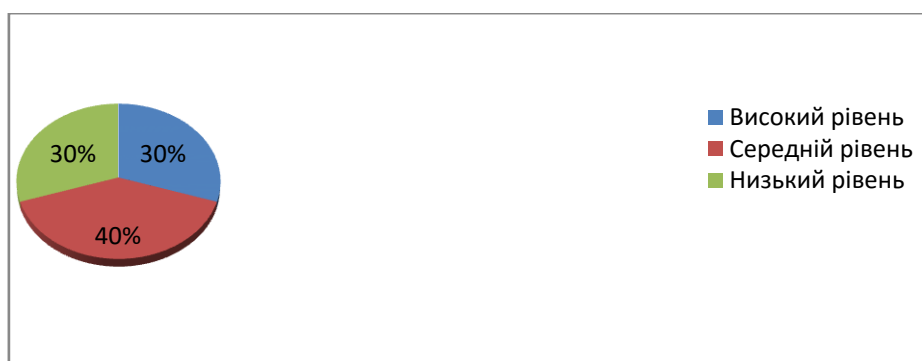


Рисунок 3.8. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» (Тест «Велика П'ятірка»)

За шкалою «Прив'язаність» в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, було визначено, наскільки гармонійним є існування підлітків із ВІЛ-позитивним статусом у соціумі.

Високий рівень прив'язаності, асоційованої із співробітництвом, було виявлено в 20% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Вони схильні більше орієнтуватися на побажання та інтереси групи, ніж на власні. З-поміж цих підлітків характерною є наявність доброти, м'якості, терпимості відносно оточуючих, вони наділені «зручним характером», вірять у те, що люди є добрими за своєю природою.

Середній рівень прив'язаності, асоційованої зі співробітництвом, було виявлено в 30% підлітків, що мають ВІЛ-позитивний статус. Для них характерним постає пошук компромісу між орієнтацією на побажання, адресовані групою, та власними міркуваннями і пріоритетами. Вони в цілому є позитивно налаштованими відносно інших людей, проте ніколи не забувають і про власні інтереси.

Низький рівень прив'язаності, асоційованої зі співробітництвом, був продемонстрований за підсумками дослідження за шкалою «Прив'язаність» 50% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Для цих підлітків характерною є високорозвинена егоцентричність, тобто спрямованість на думки, перш за все, про дотримання власних інтересів. Вони не переймаються через груповий добробут. Подеколи такі підлітки є байдужими до переживань та страждань інших, їм може бути притаманна навіть жорстокість, проте, разом із тим, вони мислять об'єктивно та критично.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.9.

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за цією шкалою було зафіксовано такі показники.

Високий рівень прив'язаності, асоційованої із співробітництвом, було виявлено в 30% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Вони схильні більше орієнтуватися на побажання та інтереси групи, ніж на власні.

З-поміж цих підлітків характерною є наявність доброти, м'якості, терпимості відносно оточуючих, вони наділені «зручним характером», вірять у те, що люди є добрими за своєю природою.

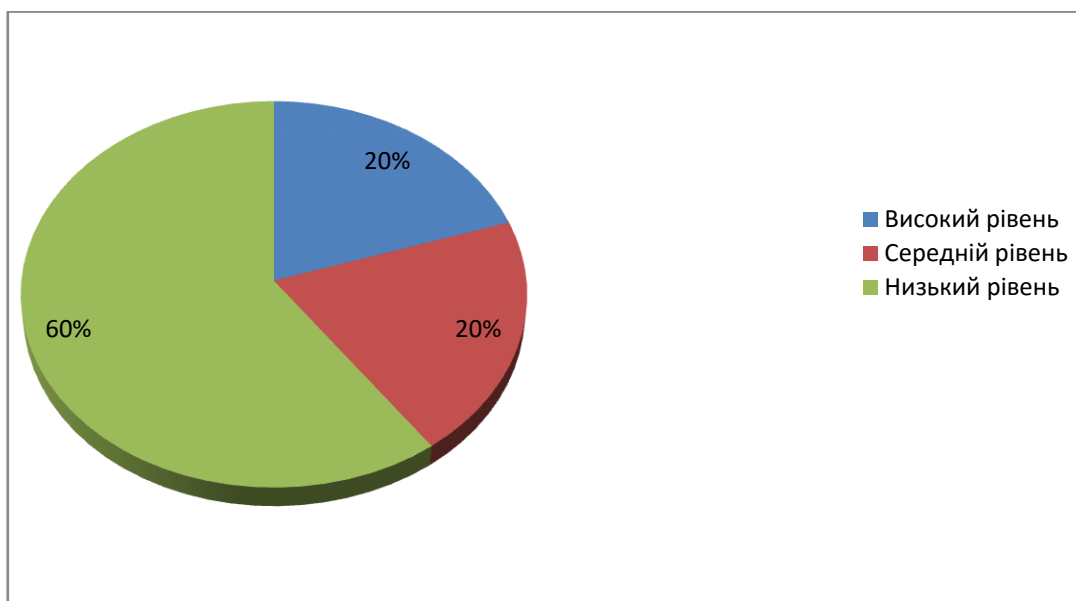


Рисунок 3.9. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за шкалою «Прив'язаність» (Тест «Велика П'ятірка»)

Середній рівень прив'язаності, асоційованої зі співробітництвом, було виявлено в 40% підлітків, що мають ВІЛ-позитивний статус. Для них характерним постає пошук компромісу між орієнтацією на побажання, адресовані групою, та власними міркуваннями і пріоритетами. Вони в цілому є позитивно налаштованими відносно інших людей, проте ніколи не забувають і про власні інтереси.

Низький рівень прив'язаності, асоційованої зі співробітництвом, був продемонстрований за підсумками дослідження за шкалою «Прив'язаність» 30% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Для цих підлітків характерною є високорозвинена егоцентричність, тобто спрямованість на думки, перш за все, про дотримання власних інтересів. Вони не переймаються через груповий добробут. Подеколи такі підлітки є байдужими до переживань та страждань інших, їм може бути притаманна навіть жорстокість, проте, разом із тим, вони мислять об'єктивно та критично.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.10.

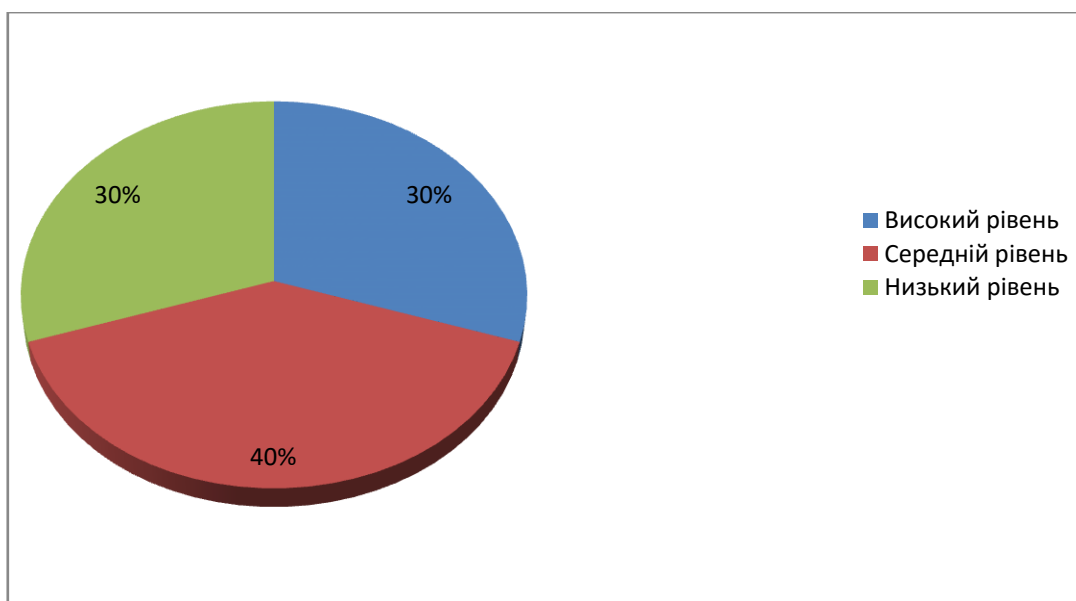


Рисунок 3.10. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за шкалою «Прив'язаність» (Тест «Велика П'ятірка»)

За шкалою «Самоконтроль» у групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, були продемонстровані такі показники.

Високий рівень самоконтролю було продемонстровано 30% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Для них характерним є тяжіння до добросовісного виконання власних обов'язків, наявність цілеспрямованості, організованості, мотивованості. Такі підлітки демонструють характеристики, притаманні надійній, пунктуальній, самодисциплінованій, педантичній особистості.

Показники, співвідносні з середнім рівнем самоконтролю, були продемонстровані 30% опитаних підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Вони загалом здатні добросовісно виконувати взяті на себе обов'язки, бути організованими й дисциплінованими, проте деколи через риси характеру або зовнішні чинники їх поведінка втрачає ознаки організованості та надійності, щоправда, в таких випадках вони здатні швидко відновлюватися.

Низький рівень самоконтролю було продемонстровано 40% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Для представників цього рівня характерною є відсутність схильності до самоорганізації й дисципліни, вони є ненадійними, слабкохарактерними та нецілеспрямованими.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.11.

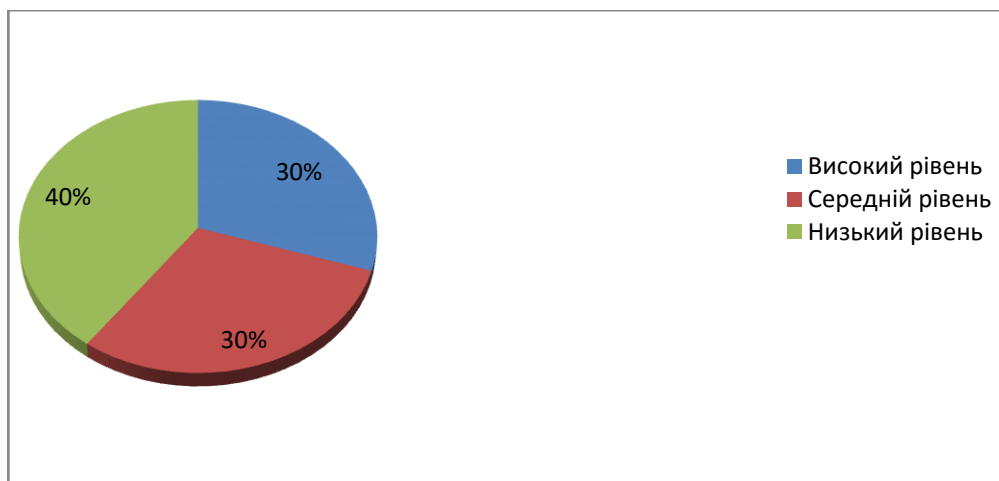


Рисунок 3.11. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за шкалою «Самоконтроль» (Тест «Велика П'ятірка»)

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за цією шкалою було зафіксовано такі показники.

Високий рівень самоконтролю було продемонстровано 40% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Для них характерним є тяжіння до добросовісного виконання власних обов'язків, наявність цілеспрямованості, організованості, мотивованості. Такі підлітки демонструють характеристики, притаманні надійній, пунктуальній, самодисциплінованій, педантичній особистості.

Показники, співвідносні з середнім рівнем самоконтролю, були продемонстровані 20% опитаних підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження. Вони загалом здатні добросовісно виконувати взяті

на себе обов'язки, бути організованими й дисциплінованими, проте деколи через риси характеру або зовнішні чинники їх поведінка втрачає ознаки організованості та надійності, щоправда, в таких випадках вони здатні швидко віднословатися.

Низький рівень самоконтролю було продемонстровано 40% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження. Для представників цього рівня характерною є відсутність схильності до самоорганізації й дисципліни, вони є ненадійними, слабкохарактерними та нецілеспрямованими.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.12.



Рисунок 3.12. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за шкалою «Самоконтроль» (Тест «Велика П'ятірка»)

Відомості, отримані за шкалою «Нейротизм», використовуються для характеристики тенденції до переживання негативних емоцій. За підсумками дослідження за цією шкалою в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, були отримані такі показники.

Високий рівень нейротизму було продемонстровано 60% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Для них характерною є схильність до реактивності, здатність переживати більше, ніж це роблять інші люди. Такі підлітки є тривожними, імпульсивними, вразливими, часто схильними до депресивних станів.

Показники, співвідносні з середнім рівнем нейротизму, були продемонстровані 20% опитаних підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Вони загалом здатні до емоційних переживань, проте лише тоді, коли вони стосуються безпосередньо їх самих, і вони водночас усвідомлюють, що ніяк не можуть вплинути на їх вирішення за допомогою власних емоційних реакцій.

Низький рівень нейротизму було продемонстровано 20% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Для представників цього рівня характерною є відсутність схильності до емоційних переживань, які видаються їм зайвими. Натомість, у них наявна більша емоційна стабільність, стриманість тощо.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.13.

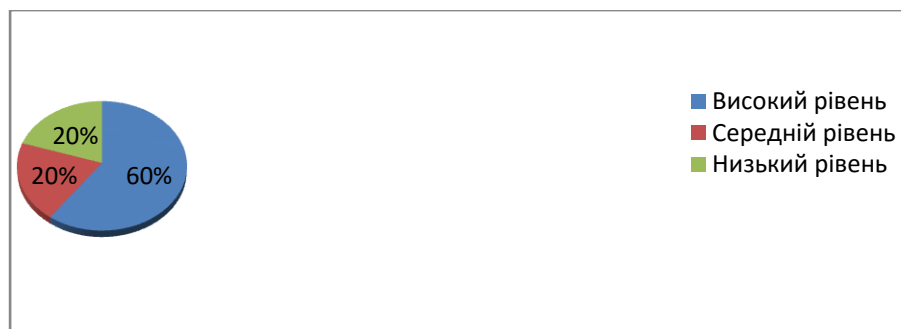


Рисунок 3.13. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за шкалою «Нейротизм» (Тест «Велика П'ятірка»)

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за цією шкалою були отримані такі результати.

Високий рівень нейротизму було продемонстровано 40% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Для них характерною є схильність до реактивності, здатність переживати більше, ніж це роблять інші люди. Такі підлітки є тривожними, імпульсивними, вразливими, часто схильними до депресивних станів.

Показники, співвідносні з середнім рівнем нейротизму, були продемонстровані 30% опитаних підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження. Вони загалом здатні до емоційних переживань, проте лише тоді, коли вони стосуються безпосередньо їх самих, і вони водночас усвідомлюють, що ніяк не можуть вплинути на їх вирішення за допомогою власних емоційних реакцій.

Низький рівень нейротизму було продемонстровано 20% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження. Для представників цього рівня характерною є відсутність схильності до емоційних переживань, які видаються їм зайвими. Натомість, у них наявна більша емоційна стабільність, стриманість тощо.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.14.

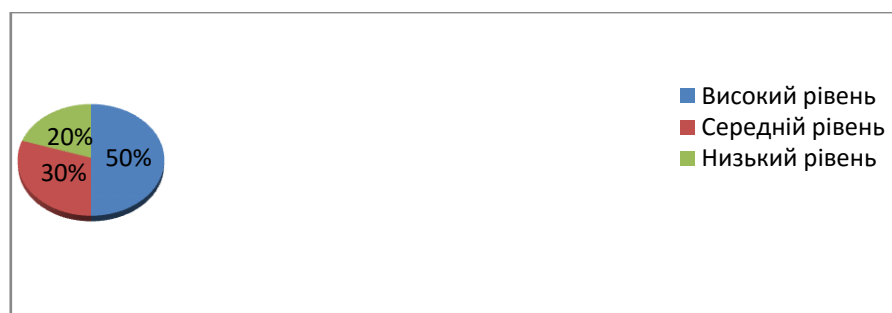


Рисунок 3.14. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за шкалою «Нейротизм» (Тест «Велика П'ятірка»)

Шкала «Відкритість новому досвіду» покликана продемонструвати, наскільки людина є зацікавленою стосовно розширення власного світогляду, отримання нової інформації, знайомства з новими людьми, відвідування нових місць. За підсумками дослідження за цією шкалою в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, були отримані такі показники.

Високий рівень відкритості до нового досвіду було продемонстровано 20% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Для них характерним є

бажання до активностей, що супроводжуються новими знайомствами та дають змогу дізнатися про щось, що до того моменту не було їм відомим. Вони схильні експериментувати та фантазувати.

Показники, співвідносні з середнім рівнем відкритості до нового досвіду, були продемонстровані 10% опитаних підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Вони загалом не проти нових знайомств та розширення кола спілкування, проте лише в ті моменти, що, на їхню думку, є найбільш зручними для цього, а не будь-коли. Навіть у нових стосунках вони надають перевагу їх практичності, відсуваючи на другий план експресивність, грайливість, відкритість, широту світогляду.

Низький рівень відкритості до нового досвіду було продемонстровано 70% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Для представників цього рівня характерною є надання переваги консерватизму у відносинах, неохочість до експериментів та фантазій, відсутність бажання знайомитися із новими людьми, виходити поза межі звичного кола спілкування загалом.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.15.



Рисунок 3.15. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за шкалою «Відкритість новому досвіду» (Тест «Велика П'ятірка»)

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за цією шкалою були отримані такі результати.

Високий рівень відкритості до нового досвіду було продемонстровано 20% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Для них характерним є

бажання до активностей, що супроводжуються новими знайомствами та дають змогу дізнатися про щось, що до того моменту не було їм відомим. Вони схильні експериментувати та фантазувати.

Показники, співвідносні з середнім рівнем відкритості до нового досвіду, були продемонстровані 30% опитаних підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження. Вони загалом не проти нових знайомств та розширення кола спілкування, проте лише в ті моменти, що, на їхню думку, є найбільш зручними для цього, а не будь-коли. Навіть у нових стосунках вони надають перевагу їх практичності, відсуваючи на другий план експресивність, грайливість, відкритість, широту світогляду.

Низький рівень відкритості до нового досвіду було продемонстровано 50% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження. Для представників цього рівня характерною є надання переваги консерватизму у відносинах, неохочість до експериментів та фантазій, відсутність бажання знайомитися із новими людьми, виходити поза межі звичного кола спілкування загалом.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.16.



Рисунок 3.16. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за шкалою «Відкритість новому досвіду» (Тест «Велика П'ятірка»)

Отже, за підсумками використання тесту «Велика П'ятірка» було виділено такі домінанти особистості учасників дослідження. І підлітки, що набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, і ті підлітки, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, продемонстрували подібність у

результатах, тому виокремлюватимемо їх з огляду на спільність для обох груп.

Так, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» було відзначено домінування низького рівня залученості до зовнішнього світу, що вказує на вияв інтроверсії та відсутність сильної вкоріненості до соціуму, залежності від нього. У граничних виявах така тенденція засвідчує небажання та неможливість устанавлювати соціальні контакти. За шкалою «Прив'язаність» також домінував низький рівень виявленості, пов'язаний із високорозвиненою егоцентричністю, відсутністю переживань стосовно колективних інтересів. Шкала «Самоконтроль» продемонструвала перевагу низьких показників, що пов'язані з відсутністю схильності до самоорганізації й дисципліни, слабкохарактерністю. Високі показники за шкалою «Нейротизм» свідчать про здатність ВІЛ-позитивних підлітків глибоко переживати емоції, переважно, власні. Низький рівень «відкритості новому досвіду» підтверджує заглибленість підлітків із ВІЛ-позитивним статусом у внутрішні переживання.

### 3.2. Математична обробка результатів

Анкетування «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» було проведено після об'єднання обох груп.

Беручи до уваги відповіді на запитання , щодо рівня енергії, 30% оцінили його як доволі високий, що на спочатку викликає подив. Бо існують стереотипи про ВІЛ-позитивну людину, частіше за все хвороблива та депресивна. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.17.

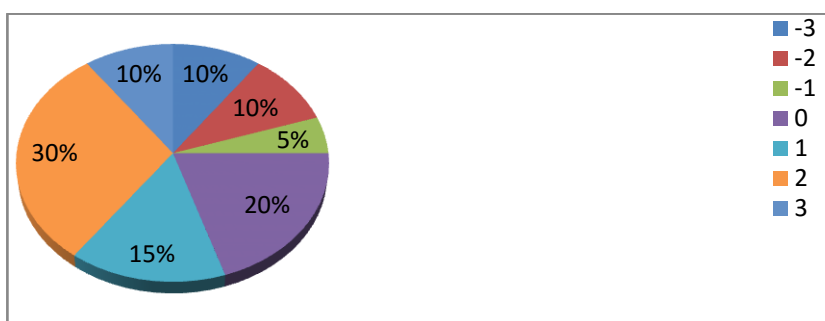


Рисунок 3.17. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Зазвичай мені дуже нудно/Зазвичай я сповнений енергії)

Трохи більше, ніж 40% респондентів вважають своє життя спокійним та рутинним. Проте 30% схиляються до того, що їхнє життя захоплююче. Це доволі високий показник, враховуючи те, наскільки у нашій культурі розповсюджені скарги на нудний побут та нецікаву роботу. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.18.

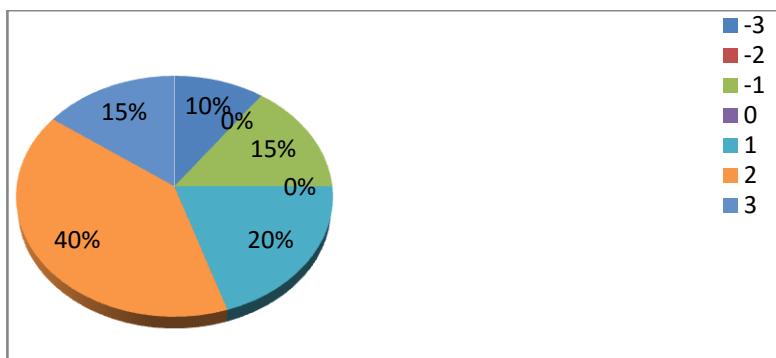


Рисунок 3.18. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я не маю визначених цілей і намірів/Я маю визначені цілі й наміри)

Абсолютна більшість вважає, що має зрозумілі цілі та наміри у житті: 15%, 20% і 40% відповідно.

Слід зауважити, що 30% заявили про велику цілеспрямованість. Це може говорити про те, що люди, які є носіями небезпечної хвороби, більше цінують життя, ніж ті, у кого немає підстав переживати за власне здоров'я. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.19.

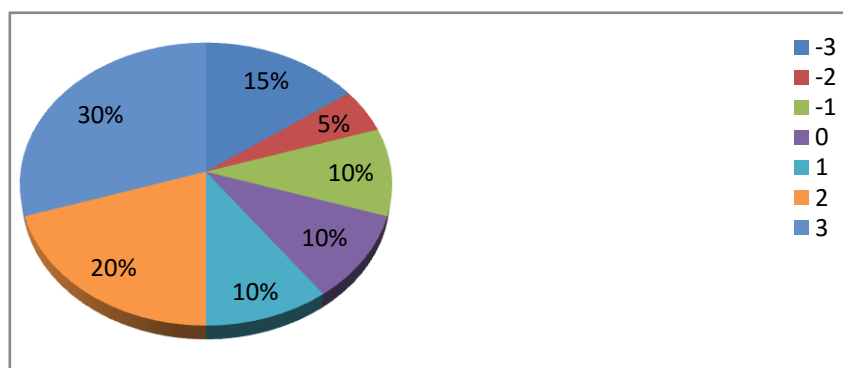


Рисунок 3.19. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ

у моїй хворобі» (Моє життя видається мені позбавленим сенсу/ Моє життя видається мені цілком усвідомленим та цілеспрямованим)

На питання про те, як склалося їхнє життя, більшість (30%) обрала варіант «Важко відповісти». Ймовірно це пояснюється юним віком респондентів. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.20.

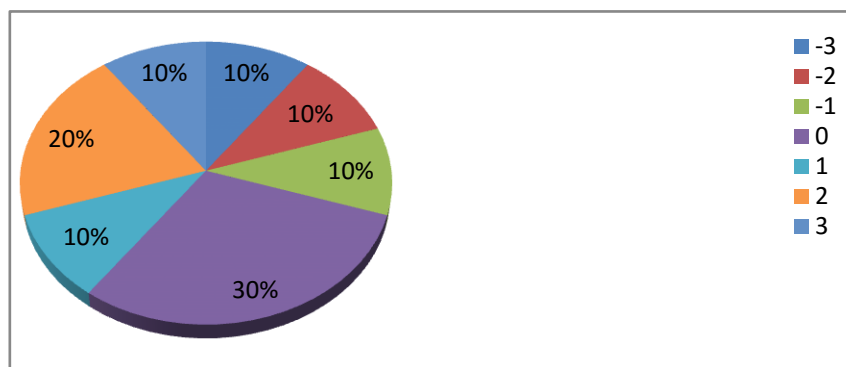


Рисунок 3.20. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя склалося вдало/ Моє життя не склалося)

Далі підліткам було запропоновано сформулювати власні плани на пенсію. Так, 25% респондентів вважають, що втілили у життя те, що задумали, тому не прагнуть нічим займатися по досягненні пенсійного віку. На нашу думку, такий показник також можна пояснити юним віком респондентів та характерним для нього максималізмом. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.21.

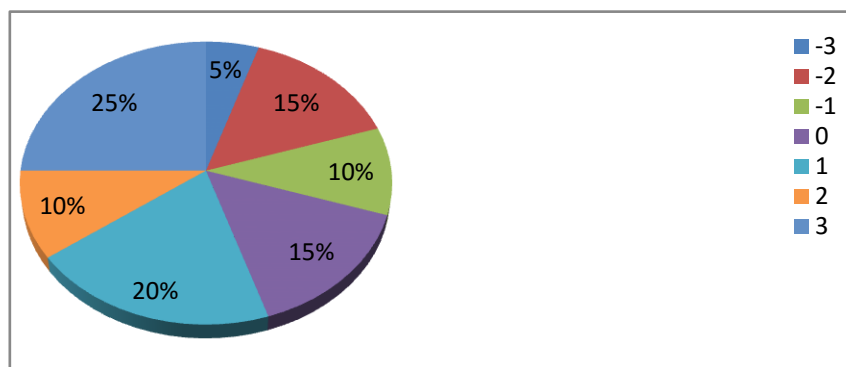


Рисунок 3.21. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Коли я піду на пенсію, я займусь цікавими справами/ Коли я

підру на пенсію, то нічого не робитиму)

За підсумками дослідження оцінки власної самореалізації в житті 35% опитаних відповіли, що повністю задоволені тим, як склалося їхнє життя. Це свідчить про те, що ВІЛ-позитивні підлітки не замикаються в собі через свій діагноз, намагаються прожити своє життя максимально повно. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.22.

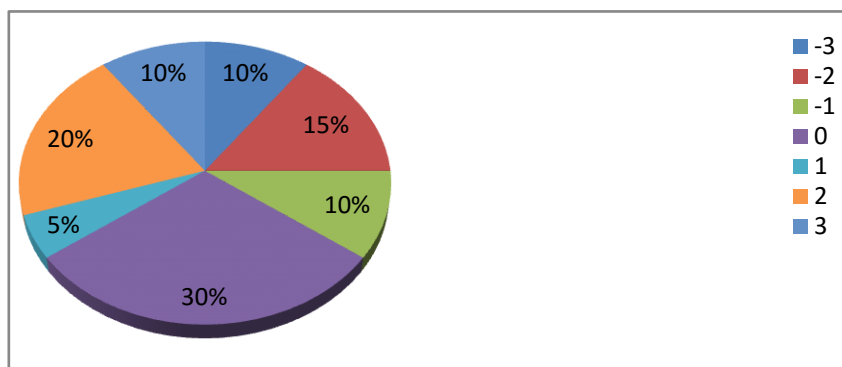


Рисунок 3.22. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя склалося саме так, як я мріяв/ Моє життя склалося не так, як я сподівався)

За підсумками дослідження оцінки успішності власного життя 50% опитаних відповіли, що повністю задоволені власними досягненнями. Це свідчить про те, що ВІЛ-позитивні підлітки не замикаються в собі через свій діагноз, намагаються прожити своє життя максимально повно. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.23.

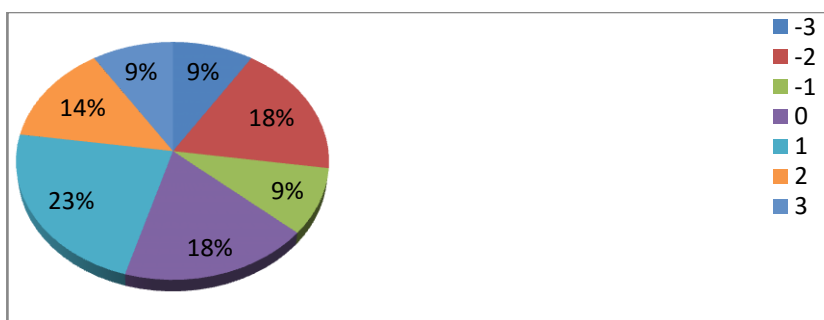


Рисунок 3.23. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я не досягнув успіхів у своїх життєвих планах/Я здійснив переважну більшість того, що запланував)

За підсумками дослідження наповненості життя цікавими справами

65% опитаних відповіли, що їхні будні наповнені цікавими справами. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.24.

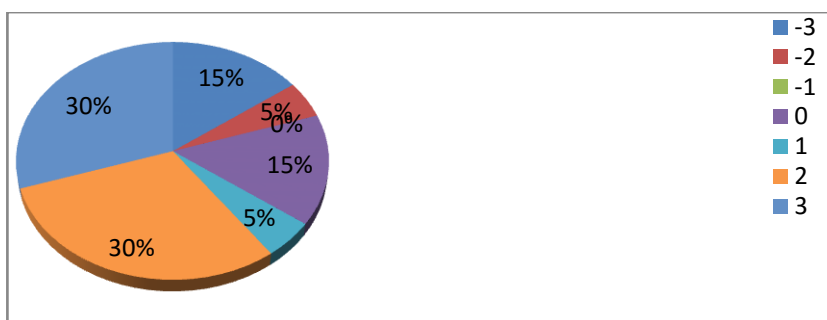


Рисунок 3.24. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя порожнє й нецікаве/Моє життя сповнене цікавими справами)

За результатом дослідження усвідомленості життя більше 40% опитаних вважають, що їхнє життя є цілком усвідомленим та повноцінним. Проте частка респондентів (більше 15%) схиляється до того, що їхнє життя пройшло беззмістовно. На нашу думку, це викликано переживаннями з приводу свого діагнозу, які супроводжують більшість таких підлітків із дитинства. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.25.

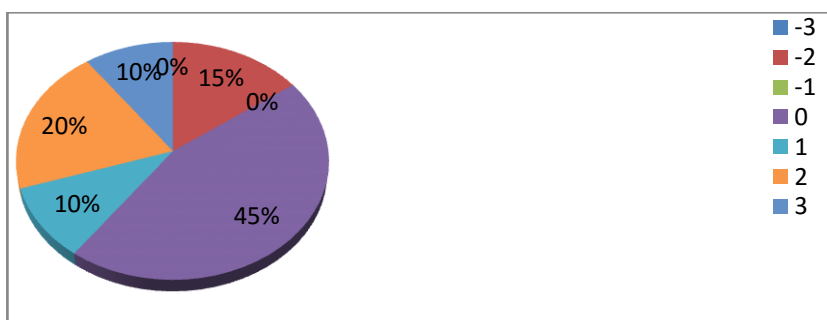


Рисунок 3.25. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя було усвідомленим/Моє життя було неусвідомленим)

Далі ВІЛ-позитивним підліткам було запропоновано відповісти на питання, чи побудували б вони своє життя інакше, якби в них була така можливість. Відзначимо, що 45% опитаних, тобто майже половина від загальної їх кількості, висловилися позитивно з приводу такої перспективи. На нашу думку, це свідчить про певний рівень неблагополуччя у цій групі.

Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.26.

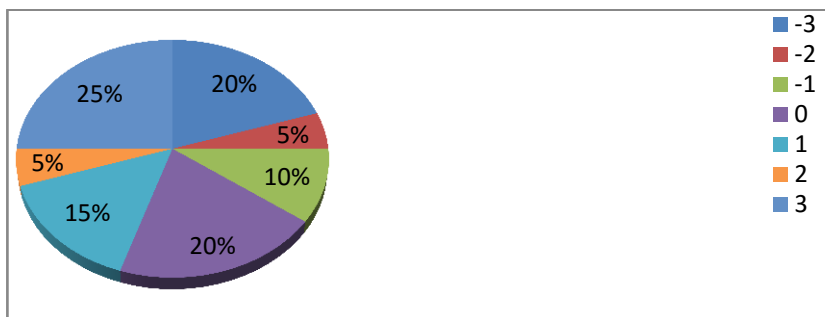


Рисунок 3.26. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я б побудував своє життя інакше/Я б нічого не змінював у своєму житті)

Далі ВІЛ-позитивним підліткам було запропоновано оцінити власний рівень тривожності. Респонденти виявили доволі низьку схильність до тривоги: із них 50% дивляться на оточуючий світ спокійно, ще 30% обрали варіант “Важко відповісти”. На нашу думку, це свідчить про те, що переважна більшість опитаних живе із ВІЛ-діагнозом із дитинства, тобто звикли до нього та не мають зайвих переживань із цього приводу. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.27.

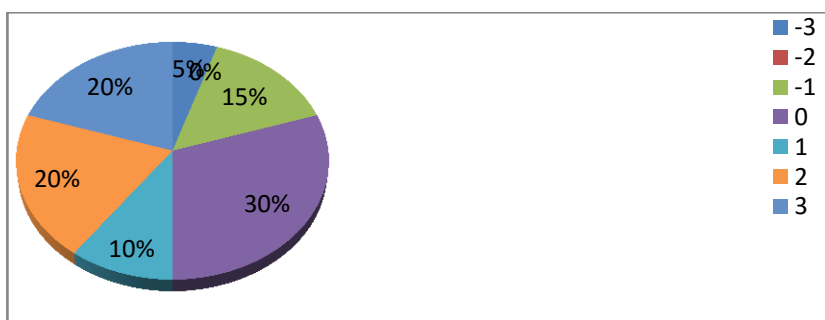


Рисунок 3.27. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я часто відчуваю тривогу/Навколишній світ зовсім не викликає в мене тривоги)

У результаті з'ясування рівня оцінки власної відповідальності ВІЛ-позитивними підлітками було з'ясовано, що респонденти ретельно відносяться до своїх обов'язків. Згідно з результатами опитування, 13, 15% і 20% вважають себе справжніми педантами. Натомість, безвідповідальними себе вважають 40% опитаних підлітків. Подібні відповіді не викликають

подиву, враховуючи, що більшість отримала хворобу ще при народженні. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.28.

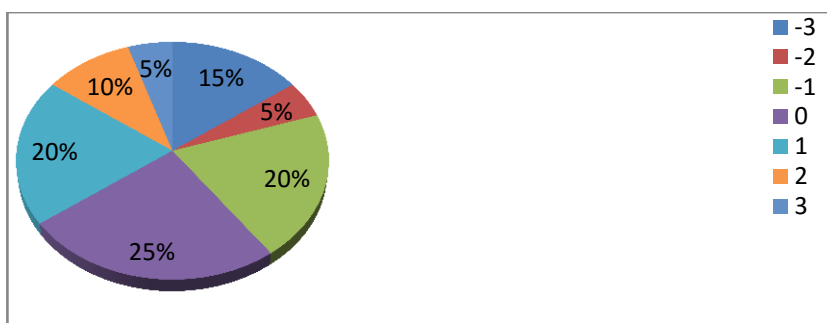


Рисунок 3.28. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я дуже відповідальна людина/Я зовсім не відповідальна людина)

Опитані виявили доволі високу схильність до фаталізму.

Слід зауважити, що 45% вважають, що людина не здатна обирати свій життєвий шлях самостійно і що існують багато речей, які від нас не залежать. Подібні відповіді не визивають подиву, враховуючи, що більшість отримала хворобу ще при народженні.

Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.29.

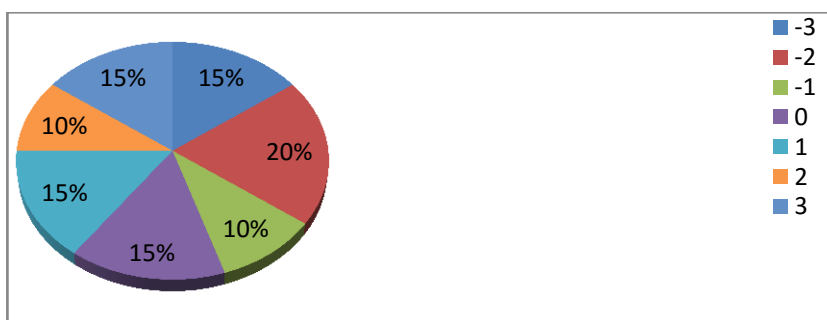


Рисунок 3.29. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Людина може чинити вибір/Людина не може чинити вибір)

Наступним кроком було запропоновано підлітка оцінити свій рівень цілеспрямованості. Результати : 45% респондентів вважають, що їм не притаманна цілеспрямованість, а 25% проявили байдужість чи вони цілеспрямовані чи ні. Ми вважаємо, що така ситуація склалася із досвідом життя у статусі ВІЛ-позитивної людини, де всі плани та прагнення нівелюються постійним ризиком для життя. Більш докладно наведені

відомості представлені на рисунку 3.30.

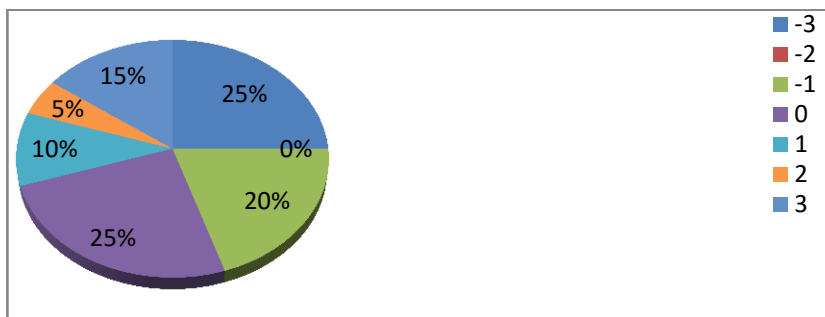


Рисунок 3.30. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я можу назвати себе цілеспрямованою людиною/Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною)

Наступним етапом було оцінити своє місце в сучасному світі. Результати: 55% респондентів вважають, що не змогли реалізуватися в житті, що разом із відсотком підлітків, які продемонстрували байдужість до віднаходження власного місця в житті (15%), свідчить про негативну оцінку віднаходження власного місця у світі ВІЛ-позитивними підлітками. На нашу думку, це пов'язано із досвідом життя у статусі ВІЛ-позитивної людини, коли всі сподівання нівелюються постійним ризиком для життя. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.31.

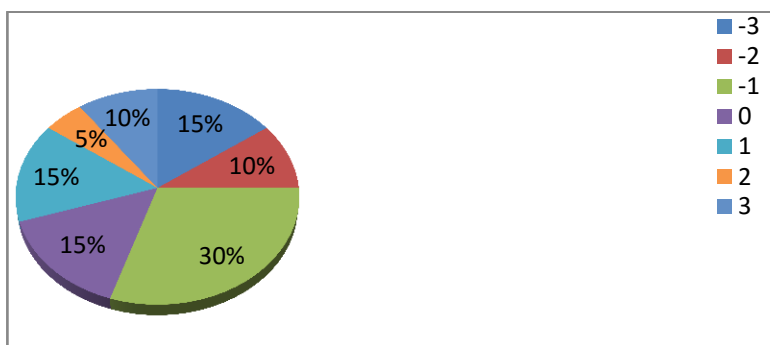


Рисунок 3.31. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я ще не знайшов себе в житті/Я вже знайшов своє призначення)

За підсумками дослідження сформованості життєвих поглядів у групі ВІЛ-позитивних підлітків були отримані такі результати. Так, зокрема 25% опитаних підлітків характеризують свої життєві погляди як цілком сформовані. Індиферентно ставляться до важливості мати сформовані

життєві погляди 30% опитаних. На нашу думку, такі результати свідчать про мінливість життєвих установок, що є в цілому характерним для юнацького віку. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.32.

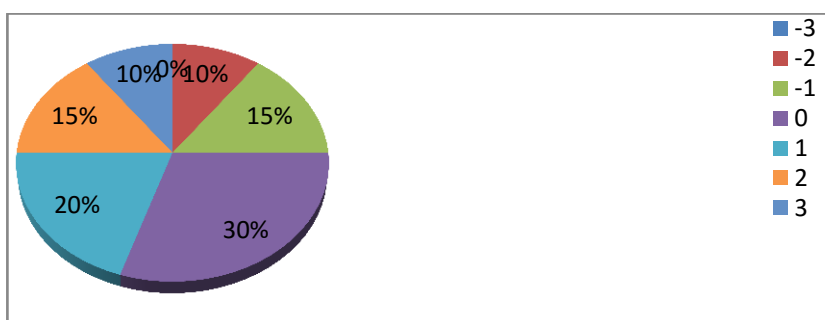


Рисунок 3.32. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Мої життєві погляди ще не визначилися/Я маю цілком визначені життєві погляди)

Наступне опитування мало сумні результати. Їм було дане завдання оцінити можливість знаходження певного зацікавлення, що вплинуло б на зміни в їхньому житті. 35% опитаних оцінили свої спроби в пошуку зацікавлень як негативні, а ще 35% висловили індиферентність до таких пошуків. У підсумку, 70% опитаних підлітків не вірять у те, що можуть знайти для себе зацікавлення в житті. На нашу думку, це пов'язано із досвідом життя у статусі ВІЛ-позитивної людини, коли всі сподівання нівелюються постійним ризиком для життя. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.33.

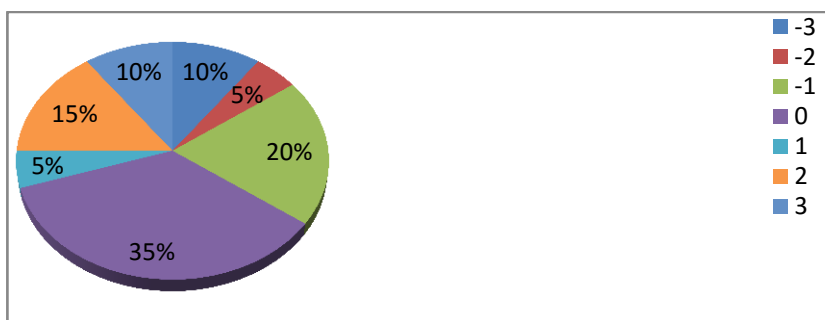


Рисунок 3.33. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я знайшов зацікавлення в житті/Я навряд чи можу знайти зацікавлення в житті)

Наступним кроком було оцінити підліткам здатність контролювати

власне життя. Результати: 35% учасників мають сумнів, що можуть тримати своє життя під контролем і вважають, що їхнє життя контролюється силою зовні. На нашу думку, це викликано тим, що ці підлітки з дитинства живуть із ВІЛ-позитивним статусом, відтак, звикли, що їхнє життя багато в чому залежить від зовнішніх чинників, зокрема, допомоги лікарів або певних надприродних сил (віра в Бога). Проте більшість не віддає себе цілком у руки долі та організовує життя так, щоб воно було цікавим. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.34.

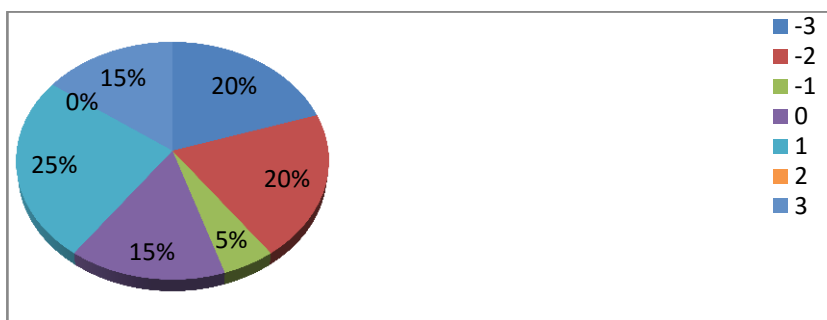


Рисунок 3.34. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я керую своїм життям/Моїм життям керують обставини)

Останнім кроком було оцінити і з'ясувати наскільки вони отримують задоволення від своїх повсякденних справ. 35% відповіли, що повсякденні справи приносять їм задоволення і лише 15% проводять свій час у переживаннях. Такі результати можуть свідчити про те, що ВІЛ-позитивні підлітки вже звикли до свого статусу й не звертають особливої уваги на проблеми довкола, намагаючись жити настільки повноцінним життям, наскільки це можливо. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 3.35.

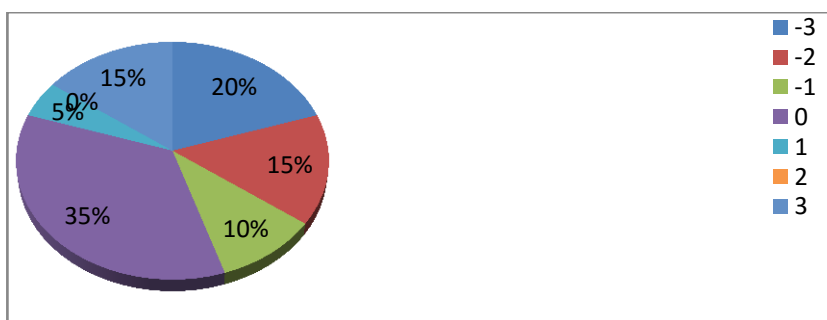


Рисунок 3.35. Показники за методикою «Яким чином влаштований світ

у моїй хворобі» (Я отримую задоволення від своїх повсякденних справ/Я розчарований своїми повсякденними справами)

Отже, можна відзначити, що за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» велика кількість учасників продемонструвала високий рівень цілеспрямованості, відповідальності.

Для отримання відомостей про учасників дослідження було використано авторську анкету. Згідно з першим питанням анкети, учасникам дослідження було запропоновано назвати власну статеву приналежність. За підсумками відповідей на зазначене питання було отримано такі показники.

У вибірці групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, переважають жінки: 65% проти 35% чоловіків. Згідно з отриманими відомостями, жінки частіше беруть участь у опитуваннях, керуючись бажанням вплинути на ту чи іншу ситуацію. Є ймовірність, що це – саме цей випадок. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.36.

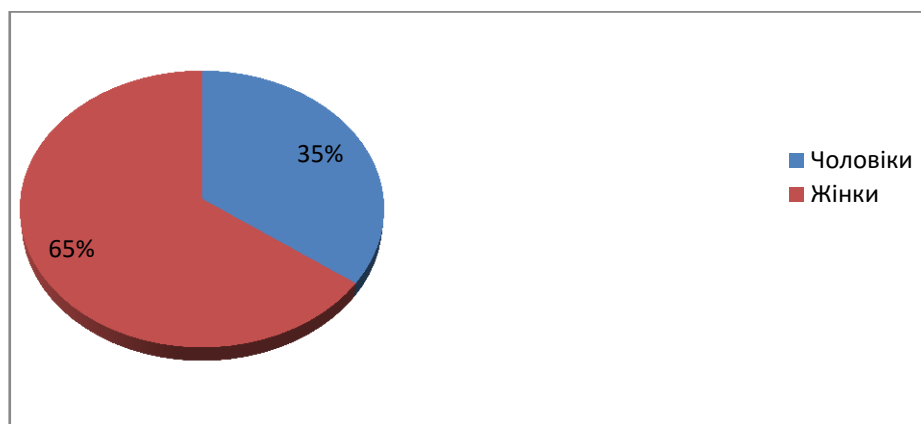


Рисунок 3.36. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за статтю

За підсумками відповідей на зазначене питання серед учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, було отримано такі показники.

У вибірці групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, також переважають жінки, проте їх перевага над чоловіками в цій групі не є такою явною, як в групі підлітків, що отримали ВІЛ-

позитивний статус протягом життя, 55% проти 45% чоловіків. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.37.

Наступним було розглянуто віковий діапазон учасників дослідження. За підсумками відповідей на зазначене питання було отримано таку сукупність показників.

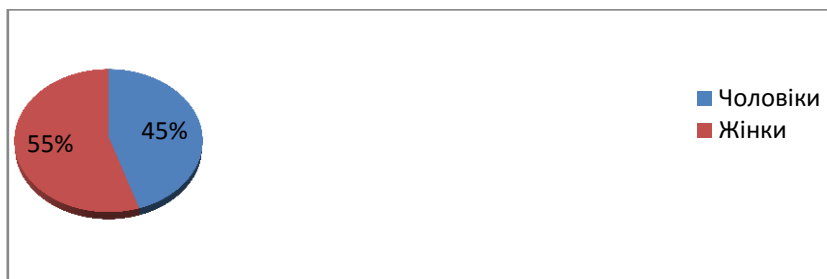


Рисунок 3.37. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за статтю

Слід зауважити, що абсолютна більшість респондентів групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, входять у молодшу вікову категорію: 30% - менше 15 років, 40% - 15-16 років. Також 30% становлять особи, котрим від 16 до 17 років. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.38.

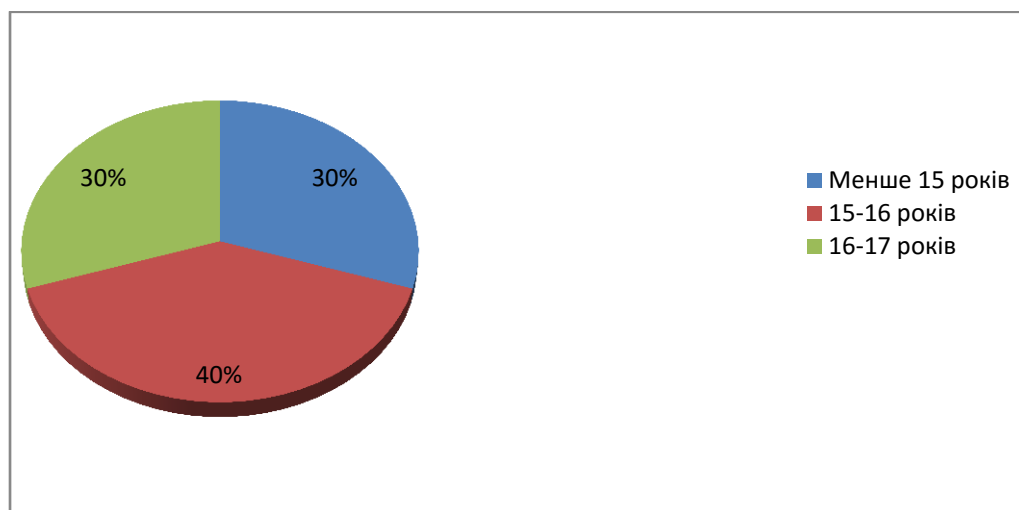


Рисунок 3.38. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за віковими показниками

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, виявлено такі показники: 40% опитаних – молодші за 15 років, 50% опитаних – у віці від 15 до 16 років, 10% опитаних – особи, яким від 16

до 17 років. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.39.

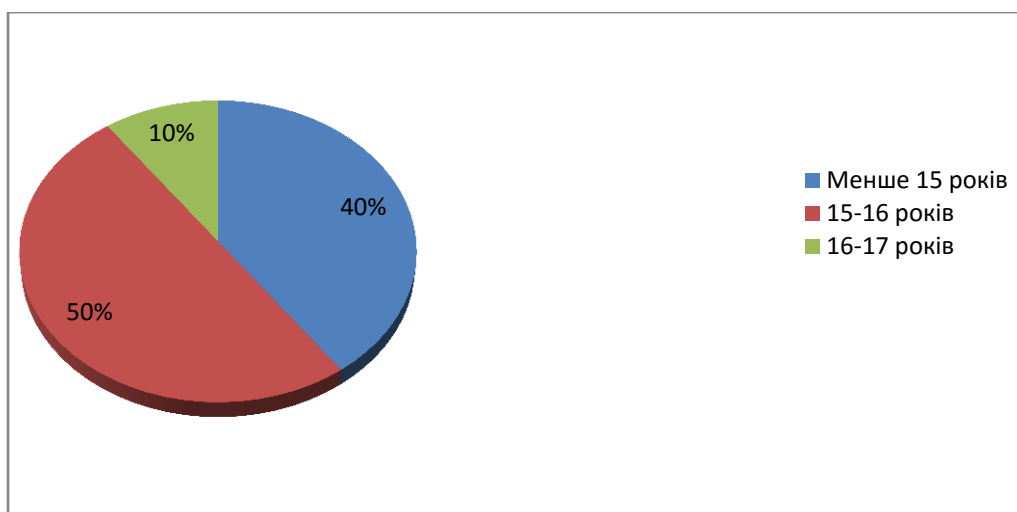


Рисунок 3.39. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за віковими показниками

Наступне питання анкети стосувалося роду занять учасників дослідження. За підсумками опитування за цим критерієм було сформульовано такі висновки стосовно обох означених груп.

Так, в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, 70% учасників відзначили, що навчаються у школі. 20% опитаних охарактеризували себе як осіб, що навчаються в закладі професійної освіти. 10% учасників опитування відзначили, що не навчаються і не працюють. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.40.

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, натомість, 50% учасників відзначили, що є школярами. 30% опитаних охарактеризували себе як осіб, що навчаються в закладах професійної освіти. 10% учасників опитування підкреслили, що не навчаються і не працюють. 10% учасників опитування відзначили, що мають постійне або тимчасове місце роботи. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.41.

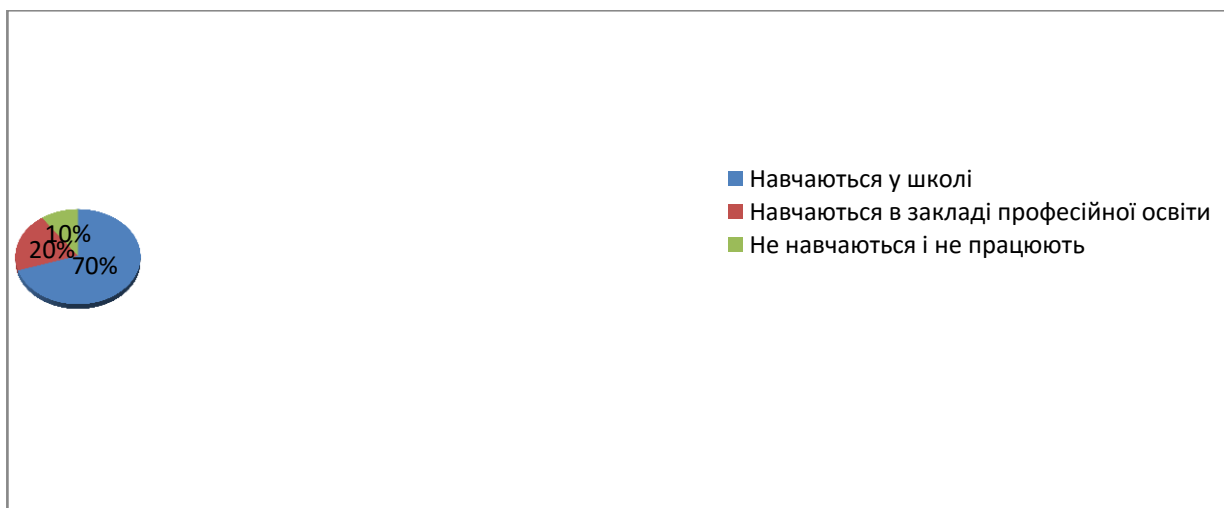


Рисунок 3.40. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за родом занять

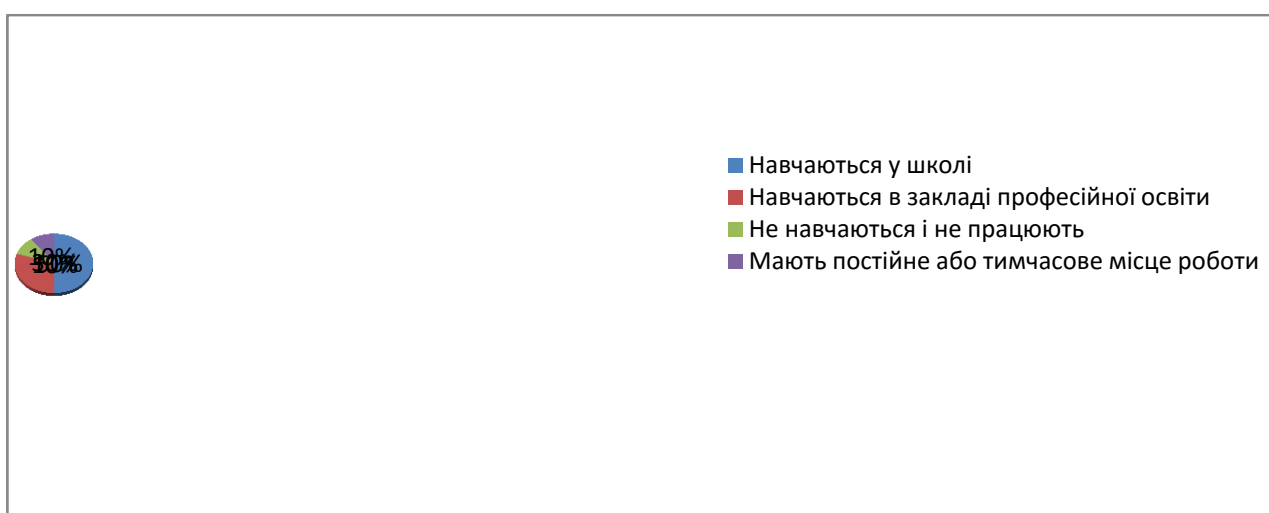


Рисунок 3.41. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за родом занять

Наступне питання, що було опрацьоване в ході роботи над авторською анкетною, стосувалося тривалості знань учасників дослідження про власний ВІЛ-статус. За підсумками опрацювання зазначеного питання були отримані такі результати.

В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, про власний ВІЛ-статус менше року знають 20% опитаних підлітків. Протягом одного-двох років живуть із усвідомленням власного ВІЛ-статусу 20% учасників дослідження. Від трьох до п'яти років про власний ВІЛ-статус знають 30% опитаних. 30% учасників дослідження знають про свій ВІЛ-

статус більше, ніж п'ять років. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.42.

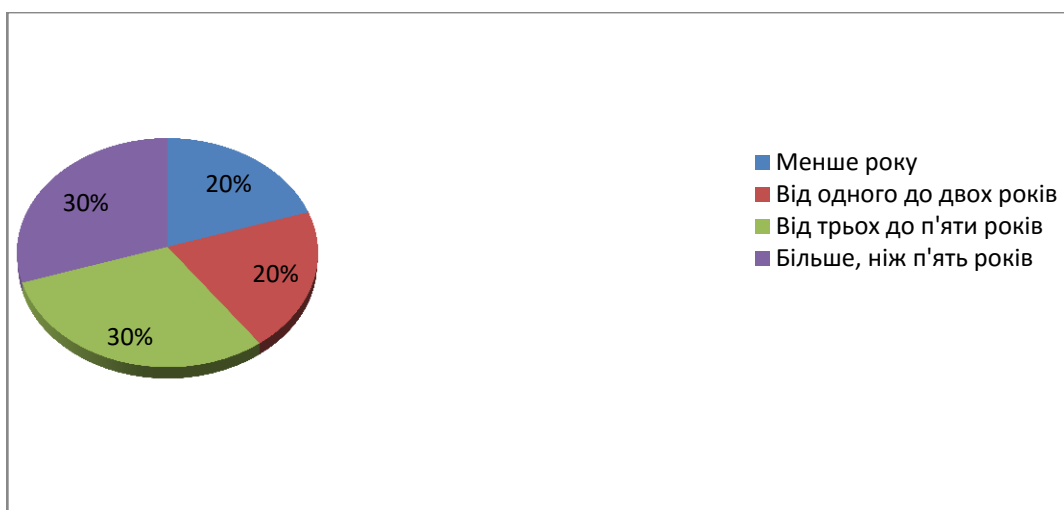


Рисунок 3.42. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за тривалістю обізнаності з власним ВІЛ-статусом

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, обізнані про власний ВІЛ-статус менше року 10% учасників опитування. Протягом одного-двох років усвідомлюють власний ВІЛ-статус 30% опитаних. Від трьох до п'яти років минуло з того моменту, коли ознайомилися із власним ВІЛ-статусом 20% опитаних. Більше п'яти років знають про власний ВІЛ-статус 40% учасників дослідження.

Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.43.

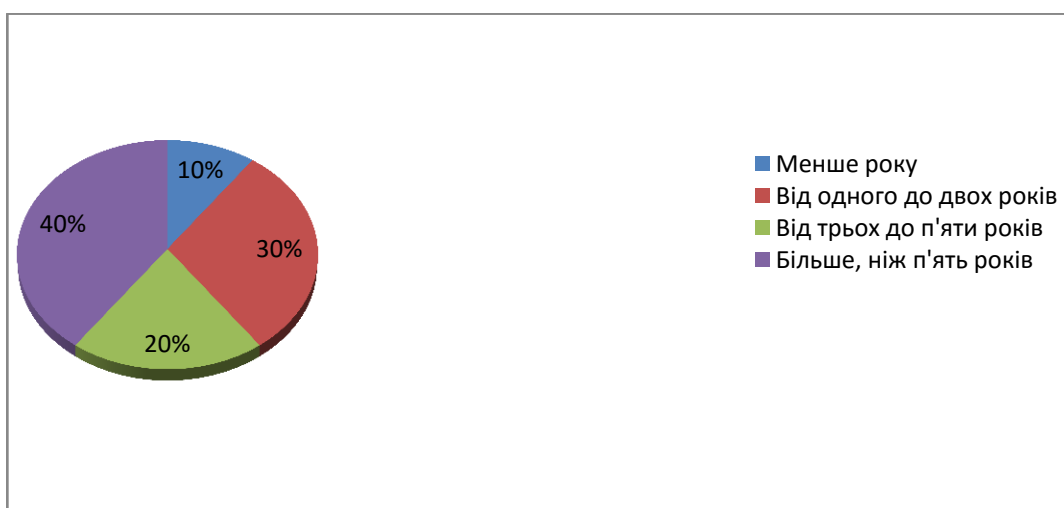


Рисунок 3.43. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за тривалістю обізнаності з власним ВІЛ-статусом

Наступне питання анкети стосувалося можливих змін, наявних у відносинах учасників опитування із близькими після того, як у них було виявлено ВІЛ-позитивний статус. За підсумком опитування за цим критерієм було отримано такі результати.

З-поміж представників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, було відзначено домінування варіанту відповіді «ні» (70%), що означає відсутність негативних змін у відносинах цих учасників опитування із близькими, що могли бути інспіровані виявленням у них ВІЛ-позитивного статусу. Натомість, 20% учасників опитування зауважили, що відносини з близькими людьми після виявлення ВІЛ-позитивного статусу зазнали помітного погіршення. 10% опитаних відзначили, що їх спілкування із близькими практично припинилося, коли ті дізналися про ВІЛ-позитивний статус учасника опитування. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.44.

В групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, також домінувала відповідь «ні» (80%) на позначення відсутності негативних змін у відносинах цих учасників дослідження з близькими, що могли стати реакцією на виявлення в них ВІЛ-позитивного статусу. Решта учасників опитування в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, відзначили, що їх відносини з близькими зазнали погіршення. Випадків повного припинення спілкування з близькими в цій групі виявлено не було. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.45.



Рисунок 3.44. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за впливом інформації про ВІЛ-статус на спілкування з близькими



Рисунок 3.45. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за впливом інформації про ВІЛ-статус на спілкування з близькими

Наступне питання авторської анкети було покликане актуалізувати поточний стан лікування учасників опитування. За підсумками його застосування було отримано таку інформацію.

В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, лікування проходять 90% опитаних, що дали з цього приводу ствердну відповідь. 10% учасників дослідження в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, лікування з тих чи інших причин не

проходять. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.46.

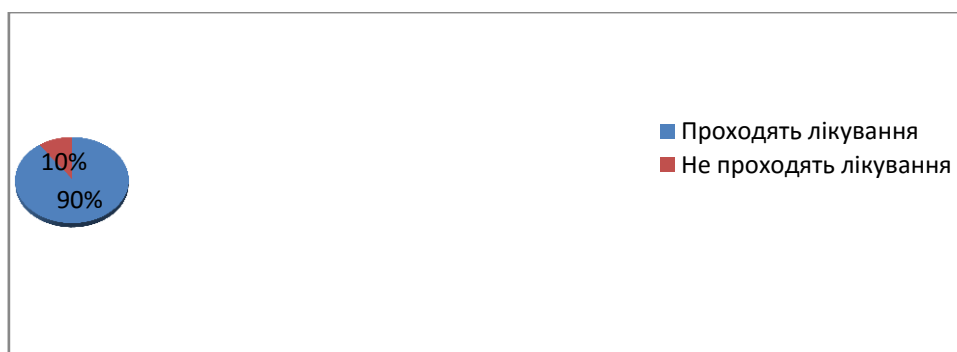


Рисунок 3.46. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за належністю до статусу лікування

В групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, лікування проходять 95% опитаних, що дали з цього приводу ствердну відповідь. 5% учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, з тих чи інших причин не проходять лікування. Більш докладно це показано на рисунку 3.47.

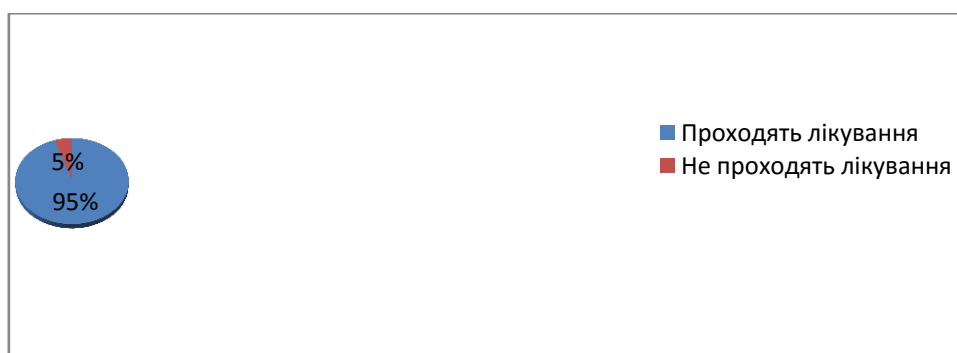


Рисунок 3.47. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за належністю до статусу лікування

Сьоме питання авторської анкети було покликане з'ясувати ставлення підлітків із позитивним ВІЛ-статусом до АРВ-терапії. Відповіді розподілилися таким чином.

В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, 60% опитаних підлітків відзначили, що їх ставлення до АРВ-терапії є позитивним. 20% учасників опитування охарактеризували власне ставлення до АРВ-терапії як негативне. Ще 20% опитаних відзначили, що ставляться до

АРВ-терапії нейтрально. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.48.

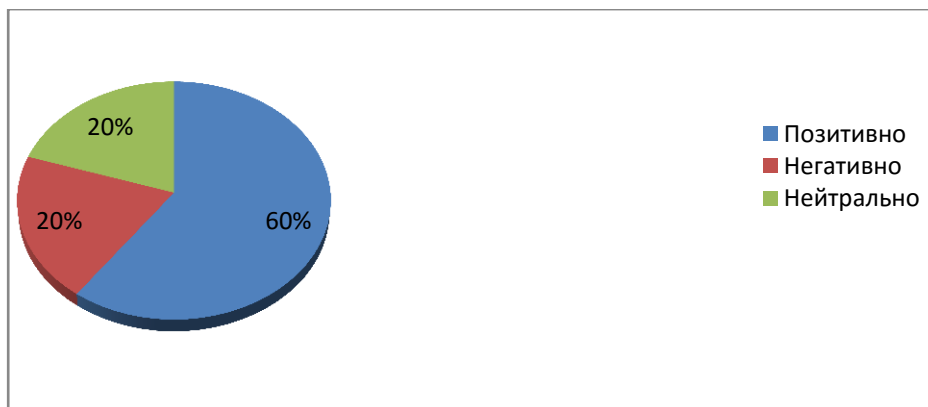


Рисунок 3.48. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за ставленням до АРВ-терапії

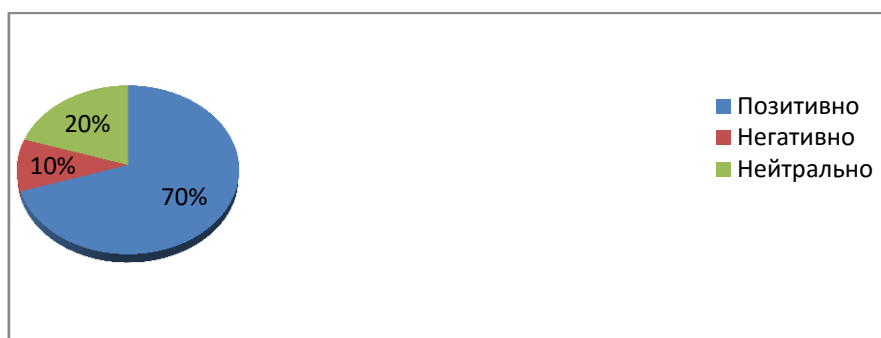


Рисунок 3.49. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за ставленням до АРВ-терапії

В групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, було продемонстроване домінування позитивного ставлення підлітків до АРВ-терапії (70% опитаних). 20% учасників опитування відзначили, що їх ставлення до АРВ-терапії є нейтральним, 10% опитаних підкреслили власне негативне ставлення до АРВ-терапії. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.49.

Наступне питання, залучене до розгляду, мало на меті виявлення рівня довіри підлітків із позитивним ВІЛ-статусом в ефективність того лікування, яке вони проходять. За підсумками його застосування було отримано таку інформацію.

В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, вірять у ефективність лікування 70% учасників опитування, що дали з цього

приводу ствердну відповідь. Натомість, 30% учасників дослідження в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, в ефективність лікування з тих чи інших причин не вірять. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.50.



Рисунок 3.50. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за довірою стосовно ефективності лікування

В групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, в те, що лікування, яке вони проводять, є ефективним, вірять 80% опитаних. Натомість, 20% учасників опитування продемонстрували відсутність віри в ефективність лікування. Більш докладно це показано на рисунку 3.51.

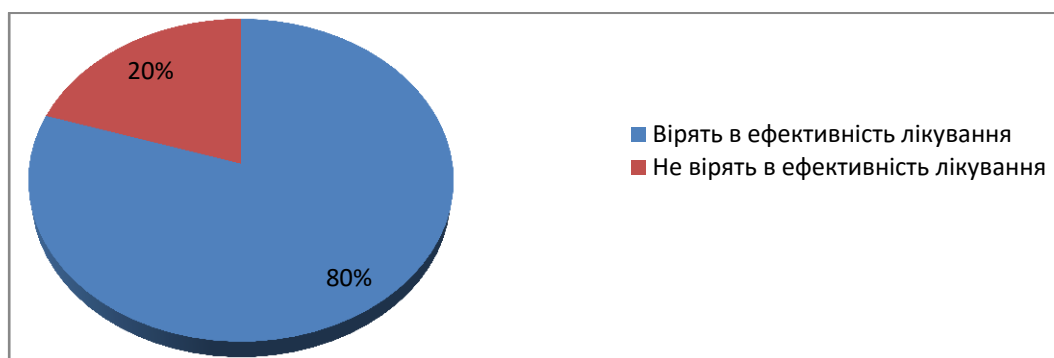


Рисунок 3.51. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за довірою стосовно ефективності лікування

Наступне питання, залучене до розгляду, мало на меті виявлення наявності в підлітків із позитивним ВІЛ-статусом планів на майбутнє. За підсумками його застосування було отримано таку інформацію.

В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, мають плани на майбутнє 70% учасників опитування, що дали з цього приводу ствердну відповідь. Натомість, 30% учасників дослідження в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, таких планів із тих чи інших причин не мають. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 3.52.

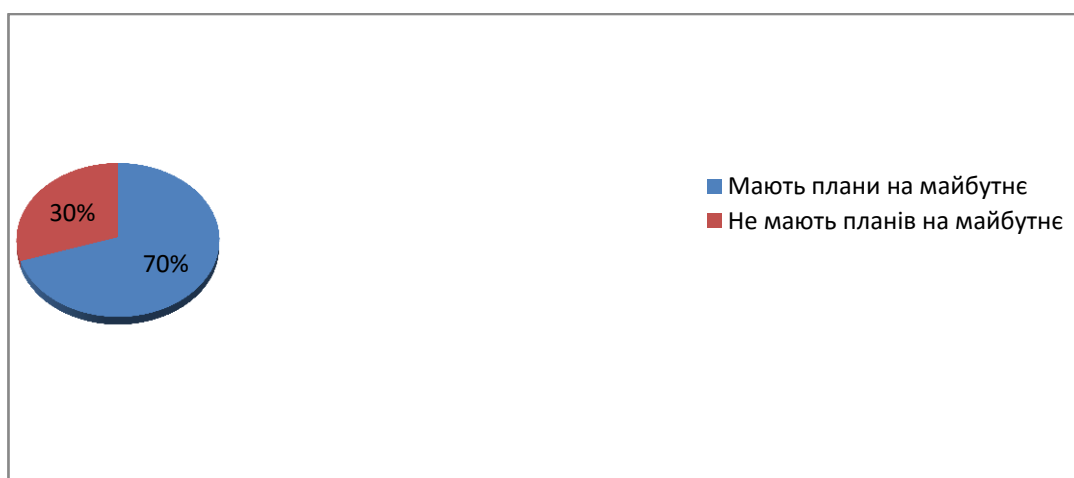


Рисунок 3.52. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, стосовно наявності планів на майбутнє

В групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, плани на майбутнє мають 80% опитаних. Натомість, 20% учасників опитування продемонстрували відсутність планів стосовно майбутнього. Більш докладно це показано на рисунку 3.53.

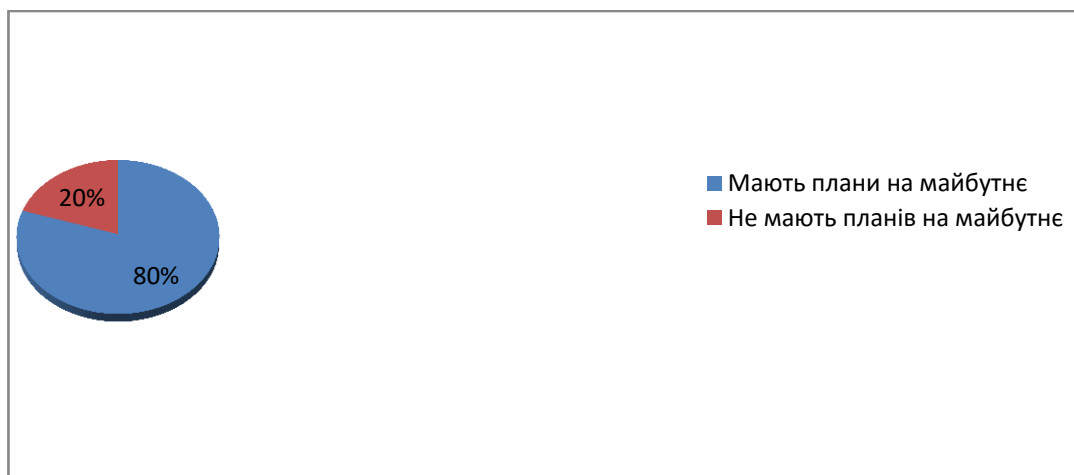


Рисунок 3.53. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, стосовно наявності планів на майбутнє

Останнє питання анкети стосувалося ідентифікації виявів дискримінації підлітків, що брали участь у дослідженні, як носіїв ВІЛ-позитивного статусу. За підсумками його застосування були отримані такі результати.

З-поміж учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, 60% підлітків відзначили, що часто або постійно стикаються із дискримінацією на свою адресу як носії ВІЛ-позитивного статусу. 20% учасників дослідження зауважили, що стикаються із дискримінацією стосовно себе як носіїв ВІЛ-позитивного статусу, проте це відбувається достатньо рідко. 20% підлітків, що є носіями ВІЛ-позитивного статусу, підкреслили, що ніколи не стикалися з дискримінацією стосовно себе за цією ознакою. Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.54.



Рисунок 3.54. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, стосовно наявності дискримінації як носія ВІЛ-позитивного статусу

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, 50% підлітків відзначили, що часто або постійно стикаються із дискримінацією на свою адресу як носії ВІЛ-позитивного статусу. 20% учасників дослідження зауважили, що стикаються із дискримінацією

стосовно себе як носіїв ВІЛ-позитивного статусу, проте це відбувається достатньо рідко. 30% підлітків, що є носіями ВІЛ-позитивного статусу, підкреслили, що ніколи не стикалися з дискримінацією стосовно себе за цією ознакою. Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.55.



Рисунок 3.55. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, стосовно наявності дискримінації як носія ВІЛ-позитивного статусу

Отже, за підсумками проведеного анкетування можна сформулювати такі проміжні висновки. В обох групах кількісно переважають дівчата, від 14 до 17 років. Більшість із них навчаються у школі.

Учасники опитування переважно знають про власний ВІЛ-статус протягом 3-5 років. Підлітки відзначають, що наявність у них ВІЛ-позитивного статусу здебільшого ніяк не вплинула на якість спілкування із близькими, хоча наявні й окремі випадки погіршення стосунків та навіть припинення спілкування.

Абсолютна більшість підлітків проходить лікування проти наслідків ВІЛ-позитивного статусу. Ставлення до АРВ-терапії в підлітків із ВІЛ-позитивним статусом переважно є позитивним, проте зустрічаються випадки нейтрального та навіть негативного оцінювання цього різновиду лікування. При цьому переважна більшість опитаних підлітків вірить у ефективність

лікування. Із вірою підлітків стосовно ефективності лікування, яке вони проходять, прямо пов'язана наявність у них планів на майбутнє.

Переважає більшість як представників групи підлітків, що набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, так і учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, постійно стикаються із дискримінацією власної особи як носія ВІЛ-позитивного статусу.

Далі з метою визначення провідних копінг-стратегій, що обираються учасниками дослідження з огляду на власний ВІЛ-статус, було застосовано копінг-тест Лазаруса. До числа умовно позитивних копінг-стратегій, на наш погляд, можна віднести стратегії соціальної підтримки, самоконтролю, прийняття відподальності, планування розв'язання проблем, позитивної переоцінки. Усі названі копінг-стратегії тяжіють до конструктивного розв'язання проблем, що виникають у житті ВІЛ-позитивних підлітків, передбачають запланованість результату в боротьбі з хворобою та пристосуванні до нормального життя. Негативні ж копінг-стратегії, які пов'язуються із відсутністю віри в ефективність боротьби із хворобою, відчуттям своєї непристосованості до умов виживання у світі, що сприймається як ворожий, представлені такими стратегіями, як дистанціювання, уникнення, конфронтація тощо.

Використання зазначеної методики дозволило отримати такі результати.

В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, було відзначено домінування використання такої копінг-стратегії, як дистанціювання (30% опитаних). Підлітки, що продемонстрували показники, співвідносні зі змістом заявленої копінг-стратегії, показали тяжіння до зниження негативних переживань та емоційної залученості особистості до сприйняття й аналізу деталей, що є визначальними для стресогенної ситуації. Послугування ними названою копінг-стратегією характеризується прагненням до раціоналізації, активним використанням почуття гумору та намаганням до особистісного відсторонення від стресогенної ситуації. Слід

зауважити, що в цьому випадку раціоналізація та відсторонення можуть бути трактовані також і як механізми психологічного захисту.

Трохи меншу частотність виявила в ході дослідження, проведеного в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, копінг-стратегія, пов'язана з уникненням (20% опитаних). Для цієї копінг-стратегії характерною постає наявність заперечення та ігнорування особою, що має позитивний ВІЛ-статус, стресогенної ситуації, тяжіння до фантазування, пасивності, часте переживання роздратованості. Часто представники групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, що виявили показники, співвідносні зі змістом копінг-стратегії уникнення, використовують уживання алкогольних напоїв або переїдання, аби знизити емоційне напруження, що в багатьох випадках постає для них практично нестерпним.

Наступною за частотністю виявлення в межах групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, була визнана копінг-стратегія, пов'язана із соціальною підтримкою (10% опитаних). Для учасників дослідження, що продемонстрували показники, співвідносні зі змістом заявленої копінг-стратегії, характерним є постійний пошук соціальних ресурсів та емоційної підтримки, що здійснюється особистістю та спрямований на розв'язання стресогенної ситуації. Для означеної копінг-стратегії питомою рисою постає орієнтованість особистості стосовно взаємодії з іншими та очікування при цьому нею уваги, підтримки та співчуття з боку оточуючих.

Показники, співвідносні з копінг-стратегією конфронтації, були отримані за підсумками обраної методики 10% учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. З-поміж зовнішніх ознак реалізації копінг-стратегії конфронтації виділяють наявність емоційно-потужного, поведінково-активного опору особистості стресогенній ситуації. На поведінковому рівні учасники дослідження, що виявляють ознаки цієї

копінг-стратегії, характеризуються ворожістю, імпульсивністю, енергійністю, зухвалістю. Їм зазвичай складно планувати власні дії.

Тяжіння до копінг-стратегії самоконтролю було продемонстроване 10% опитаних учасників дослідження. Поведінка, співвідносна із показниками названої копінг-стратегії, виявляє ознаки повного контролю над собою, прагнення до самовладання, стриманості емоцій. Уплив емоцій на оцінку особистістю стресогенної ситуації є зведеним до мінімуму. Реалізуючи копінг-стратегію самоконтролю, підлітки із ВІЛ-позитивним статусом зазвичай прагнуть приховати від інших людей власні переживання, що є свідченням високої вимогливості до власної поведінки.

Показники, співвідносні з копінг-стратегією прийняття відповідальності, були продемонстровані 10% опитаних підлітків, що мають ВІЛ-позитивний статус. Для представників зазначеної копінг-стратегії характерною є наявність визнання особою власної значущості у виникненні стресогенної ситуації. Належність до копінг-стратегії прийняття відповідальності демонструє також прагнення особистості до того, аби зрозуміти взаємозв'язок між власними діями та їх наслідками, а також бути готовим до аналізу власної поведінки в умовах стресогенної ситуації. Носії зазначеної копінг-стратегії є самокритичними в особистісному плані, переважно гостро переживають почуття провини, навіть у тих випадках, коли вони ні в чому не винні.

Перевагу показників, асоційованих із копінг-стратегією планування розв'язання проблем, було виявлено в 5% представників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Для цих учасників дослідження характерним є тяжіння до цілеспрямованого аналізу особистістю стресогенної ситуації, а також схильність до планування можливих варіантів поведінки в таких ситуаціях. Представники цього типу копінг-стратегій враховують об'єктивні умови розв'язання стресогенних ситуацій, а також залучення власного досвіду долаття проблем та наявності ресурсів, що могли б стати допоміжними в розв'язанні проблеми.



Рисунок 3.56. Розподіл учасників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, за підсумками використання методики визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана

Домінування копінг-стратегії позитивної переоцінки було зафіксовано в 5% учасників опитування в групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя. Зазначена копінг-стратегія характеризується доданням підлітками з позитивним ВІЛ-статусом негативних переживань. До числа типових ознак названої копінг-стратегії відносять філософське осмислення людиною стресогенної ситуації та її аналіз із метою прийняття одного зі шляхів власного особистісного саморозвитку.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.56.

В групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за підсумками застосування методики визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана були отримані такі показники.

Провідною в названій групі стала копінг-стратегія, пов'язана з уникненням стресогенної ситуації (40% опитаних). Копінг-стратегія уникнення характеризується запереченням та ігноруванням особою стресогенної ситуації, фантазуванням, пасивністю, роздратованістю. Характерною рисою зазначеної копінг-стратегії є використання людиною алкогольних напоїв або переїдання з метою зниження емоційного напруження.

Наступною за частотністю в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, стала копінг-стратегія прийняття відповідальності (20% опитаних). Зазначена копінг-стратегія характеризується визнанням особою власної значущості у виникненні стресогенної ситуації; вона виражає прагнення особистості до розуміння взаємозв'язку між власними діями та їх наслідками, готовністю аналізувати власну поведінку в умовах стресогенної ситуації. Характерною рисою даної копінг-стратегії є самокритичність особистості та переживання нею почуття провини.

Копінг-стратегія дистанціювання дістала своє виявлення в результатах 10% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Ця копінг-стратегія характеризується зниженням негативних переживань та емоційної залученості особистості до сприйняття та аналізу деталей стресогенної ситуації. Для даної копінг-стратегії характерними є раціоналізація, почуття гумору та відсторонення особистості від стресогенної ситуації. Зауважимо, що раціоналізацію і відсторонення можна трактувати і як механізми психологічного захисту.

Визнання копінг-стратегії конфронтації домінантною було зафіксовано в 10% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Для цієї копінг-стратегії характерним є емоційно-потужний, поведінково-активний опір особистості стресогенній ситуації. Поведінковими проявами особистості за умови активності копінг-стратегії конфронтації є ворожість, імпульсивність, енергійність, зухвалість, виникнення важкості в плануванні власних дій.

5% опитаних підлітків із ВІЛ-позитивним статусом продемонстрували показники, співвідносні з копінг-стратегією самоконтролю. Копінг-стратегія самоконтролю характеризується контролем власної поведінки, прагненням до самовладання, стриманістю емоцій та мінімізацією їх впливу на оцінку особистістю стресогенної ситуації. Характерною рисою самоконтролю є прагнення особистості приховати від інших людей власні переживання, що свідчить про високу вимогливість до власної поведінки.

У 5% випадків було отримано показники, співвідносні з копінг-стратегією соціальної підтримки. Зазначена копінг-стратегія характеризується пошуком особистістю соціальних ресурсів та емоційної підтримки з метою розв'язання стресогенної ситуації. Характерною рисою цієї копінг-стратегії є орієнтованість особистості на взаємодію з іншими та очікування при цьому нею уваги, підтримки та співчуття від оточуючих.

Перевагу показників, асоційованих із копінг-стратегією планування розв'язання проблем, було виявлено в 5% представників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження. Для цих учасників дослідження характерним є тяжіння до цілеспрямованого аналізу особистістю стресогенної ситуації, а також схильність до планування можливих варіантів поведінки в таких ситуаціях. Представники цього типу копінг-стратегій враховують об'єктивні умови розв'язання стресогенних ситуацій, а також залучення власного досвіду долаання проблем та наявності ресурсів, що могли б стати допоміжними в розв'язанні проблеми.

Домінування копінг-стратегії позитивної переоцінки було зафіксовано в 5% учасників опитування в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження. Зазначена копінг-стратегія характеризується долаанням підлітками з позитивним ВІЛ-статусом негативних переживань. До числа типових ознак названої копінг-стратегії відносять філософське осмислення людиною стресогенної ситуації та її аналіз із метою прийняття одного зі шляхів власного особистісного саморозвитку.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 3.57.

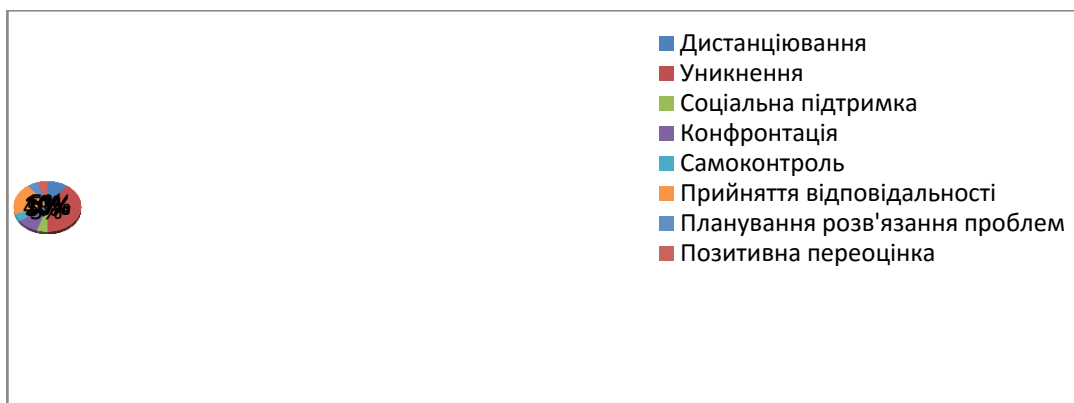


Рисунок 3.57. Розподіл учасників групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, за підсумками використання методики визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана

Отже, за підсумками проведеного дослідження за методикою визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана маємо змогу сформулювати такі висновки. В групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, відзначено домінування негативних копінг-стратегій, що пов'язуються із відсутністю віри в ефективність боротьби із хворобою, відчуттям своєї непристосованості до умов виживання у світі, що сприймається як ворожий. Ідеться про такі переважні для групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, копінг-стратегії, як дистанціювання, уникнення, конфронтація тощо.

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, натомість, абсолютну перевагу продемонструвала копінг-стратегія уникнення, а серед чотирьох провідних наявні ще дві негативні копінг-стратегії – дистанціювання та конфронтації. Проте на другому місці в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, опинилася копінг-стратегія прийняття відповідальності, що є конструктивною. Відтак, можна відзначити, що, попри наявність спільного для обох груп домінування негативних копінг-стратегій, в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, це домінування, на відміну від групи підлітків, що набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, не є суцільним.

В якості методів математичної обробки для встановлення достовірності отриманих відомостей нами було застосовано розрахунок коефіцієнту кореляції Пірсона, обрахування якого відбувалося за допомогою програми SPSSStatistica (Таблиця 3.1.).

Таблиця 3.1.

Таблиця розрахунку кореляції за допомогою програми SPSS Statistica 24 (між рівнем тривожності, депресією та відчуттям хвороби)

		ВД	СД	НД	ВЦ	СЦ	НЦ
В С Т	Кореляція Пірсона	1	,186	-,096	,128	,058	-,103
	Знач. (двостороння)		,080	,369	,229	,586	,333
	N	90	90	90	90	90	90
С С Т	Кореляція Пірсона	,186	1	,479**	,442**	,398**	,197
	Знач. (двостороння)	,080		,000	,000	,000	,063
	N	90	90	90	90	90	90
Н С Т	Кореляція Пірсона	-,096	,479**	1	,559**	,159	,040
	Знач. (двостороння)		,000		,000		
	N	90	90	90	90	90	90

	Знач. (двостороння)	,369	,0 00		,000	,135	,710
	N	90	90	90	90	90	90
В О Т	Кореляція Пірсона	,128	,4 42 **	,559**	1	,338**	,114
	Знач. (двостороння)	,229	,0 00	,000		,001	,286
	N	90	90	90	90	90	90
С О Т	Кореляція Пірсона	,058	,3 98 **	,159	,338**	1	,220*
	Знач. (двостороння)	,586	,0 00	,135	,001		,037
	N	90	90	90	90	90	90
Н О Т	Кореляція Пірсона	-,103	,1 97	,040	,114	,220*	1
	Знач. (двостороння)	,333	,0 63	,710	,286	,037	
	N	25	25	25	25	25	25

N	25	25	25	25	25	25
---	----	----	----	----	----	----

Умовні позначки:

ВСТ – високий рівень ситуативної тривожності

ССТ – середній рівень ситуативної тривожності

НСТ – низький рівень ситуативної тривожності

ВОТ – високий рівень особистісної тривожності

СОТ – середній рівень особистісної тривожності

НОТ – низький рівень особистісної тривожності

ВД – високий рівень депресії

СД – середній рівень депресії

НД – низький рівень депресії

ВЦ – високий рівень цілеспрямованості у сприйнятті хвороби

СЦ – середній рівень цілеспрямованості у сприйнятті хвороби

НЦ – низький рівень цілеспрямованості у сприйнятті хвороби

Отримані результати за методиками щодо визначення особливостей тривожності та депресії при переживанні хвороби підтверджує кореляційний зв'язок за Пірсоном.

За методикою визначення копінг-стратегій констатовано, що показник «високий рівень депресії» має прямий кореляційний зв'язок із високим рівнем особистісної тривожності ( $p < 0,643$ ,  $t < 0,001$ ). який вказує на те, що коли підлітки із ВІЛ-позитивним статусом дуже сильно через нього занепокоєні, вони більше тяжіють до уникнення будь-яких розмов та згадок стосовно проблем, пов'язаних із їх статусом.

Застосування факторного аналізу у нашому дослідженні дозволило нам: верифікувати структурно-функціональну модель особливостей впливу тривожності на розвиток особливостей сприйняття себе у світі ВІЛ-позитивних підлітків; обчислити факторні оцінки для кожного з виділених

факторів як основи для виявлення достовірних відмінностей та їх вираження у групі респондентів.

Факторизація методом головних компонент (Principal Components) з подальшим варімакс-обертанням (Varimax with Kaiser Normalization) матриці діагностичних показників, вимірених за допомогою вище вказаних методик, дала змогу отримати кількісно та якісно інтерпретовану факторну структуру особливостей впливу тривожності на розвиток особливостей сприйняття себе у світі. Правомірність застосування факторного аналізу до визначених емпіричних показників було перевірено за допомогою критерію адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна (критерій КМО = 0,710), а також критерію сферичності Барлетта (приблизне значення  $s^2=308,790$ ;  $df=78$ ;  $p=0,000$ ), що засвідчило доцільність та можливість використання заданого типу аналізу для обраних даних (Таблиця 3.2.):

Таблиця 3.2.

Факторна структура взаємозв'язку тривожності, депресії та особливостей сприйняття себе у світі у ВІЛ-позитивних підлітків

Емпіричні показники	Компонента			
	1	2	3	4
Залученість до зовнішнього світу (А)		0,732		
Прив'язаність (В)				
Самоконтроль (С)		0,602		
Нейротизм (D)		0,727		
Відкритість новому досвіду (Е)				0,897

Для подальшого аналізу отриманих даних є важливий накопичений відсоток дисперсії факторів, який визначає, наскільки повно вдалося описати сукупність емпіричних даних за їх допомогою: чим вищий цей показник, тим більшу частину масиву вдалося факторизувати. Матриця факторних навантажень виявилася доволі структурованою, з вираженими чотирма факторами (компонентами), що описують 64,2% дисперсії масиву емпіричних даних. Виділення найбільш значущих факторів підтверджено відповідними високими показниками коефіцієнтів факторних навантажень (Таблиця 3.3.).

Таблиця 3.3.

Власні значення виділених факторів

Компоненти (фактори)	Навантаження фактора		
	Всього	% Дисперсії	Загальний показник навантаження (у%)
1	3,920	30,152	30,152
2	1,586	12,199	42,351
3	1,553	11,949	54,300
4	1,290	9,925	64,226

За даними, відображеними в таблиці 3.3, перший фактор пояснює 30,1% дисперсії, другий – 12,1%, третій – 11,9%, четвертий – 9,9% загальної дисперсії емпіричного масиву даних.

Узагальнення та систематизація теоретичного і фактичного матеріалу дало підставу розглядати вплив тривожності на розвиток особливостей сприйняття ВІЛ-позитивними підлітками себе у світі в деструктивному та конструктивному діапазоні. Це дозволило стверджувати, що оптимальний

рівень тривожності й депресивності забезпечує ефективність сприйняття ВІЛ-позитивними підлітками себе у світі і спонукає людину до вибору, трансформації, самоактуалізації та самосвідомості. Щодо деструктивного впливу, необхідно відзначити, що надмірний рівень тривожності й депресивності призводить до порушення в особистісному становленні, що перешкоджає нормальному розвитку, діяльності та спілкуванню.

Таким чином, завдяки обраним методикам нам вдалося визначити закономірності відношення підлітків із ВІЛ-позитивним статусом до власної хвороби.

### **Висновки до розділу 3**

Використання тесту тривожності Спілбергера-Ханіна серед підлітків, що мають ВІЛ-позитивний статус за шкалами особистісної та ситуативної тривожності продемонструвало наявність переваги середнього та високого рівня особистісної схильності до тривожних відчуттів, що суттєво посилюються під час ситуативних стресових ситуацій.

За підсумками використання шкали депресії Бека було відзначено, що представники групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, схильні до виявів депресивності лише тоді, коли для цього є дійсно вагомий привід, у переважній більшості ситуацій вони демонструють спокійну та врівноважену поведінку. На відміну від них, у представників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, було виявлено схильність до більш нервової та тривожної поведінки.

За підсумками використання тесту «Велика П'ятірка» було виділено такі домінанти особистості учасників дослідження. Представники обох груп дослідження продемонстрували подібність у результатах, тому виокремлюватимемо їх з огляду на спільність для обох груп.

Так, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» було відзначено домінування низького рівня залученості до зовнішнього світу, що вказує на вияв інтроверсії та відсутність сильної вкоріненості до соціуму, залежності

від нього. У граничних виявах така тенденція засвідчує небажання та неможливість установлювати соціальні контакти. За шкалою «Прив'язаність» також домінував низький рівень виявленості, пов'язаний із високорозвиненою егоцентричністю, відсутністю переживань стосовно колективних інтересів. Шкала «Самоконтроль» продемонструвала перевагу низьких показників, що пов'язані з відсутністю схильності до самоорганізації й дисципліни, слабкохарактерністю. Високі показники за шкалою «Нейротизм» свідчать про здатність ВІЛ-позитивних підлітків глибоко переживати емоції, переважно, власні. Низький рівень «відкритості новому досвіду» підтверджує заглибленість підлітків із ВІЛ-позитивним статусом у внутрішні переживання.

За методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» велика кількість учасників продемонструвала високий рівень цілеспрямованості, відповідальності.

За підсумками проведеного анкетування можна сформулювати такі проміжні висновки. В обох групах кількісно переважають дівчата, від 14 до 17 років. Більшість із них навчаються у школі.

Учасники опитування переважно знають про власний ВІЛ-статус протягом 3-5 років. Підлітки відзначають, що наявність у них ВІЛ-позитивного статусу здебільшого ніяк не вплинула на якість спілкування із близькими, хоча наявні й окремі випадки погіршення стосунків та навіть припинення спілкування.

Абсолютна більшість підлітків проходить лікування проти наслідків ВІЛ-позитивного статусу. Ставлення до АРВ-терапії в підлітків із ВІЛ-позитивним статусом переважно є позитивним, проте зустрічаються випадки нейтрального та навіть негативного оцінювання цього різновиду лікування. При цьому переважна більшість опитаних підлітків вірить у ефективність лікування. Із вірою підлітків стосовно ефективності лікування, яке вони проходять, прямо пов'язана наявність у них планів на майбутнє.

Переважна більшість як тих підлітків, що набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, так підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, постійно стикаються із дискримінацією власної особи як носія ВІЛ-позитивного статусу.

За методикою визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана у групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, відзначено домінування негативних копінг-стратегій, що пов'язуються із відсутністю віри в ефективність боротьби із хворобою, відчуттям своєї непристосованості до умов виживання у світі, що сприймається як ворожий. Ідеться про такі переважні для групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, копінг-стратегії, як дистанціювання, уникнення, конфронтація тощо.

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, натомість, абсолютну перевагу продемонструвала копінг-стратегія уникнення, а серед чотирьох провідних наявні ще дві негативні копінг-стратегії – дистанціювання та конфронтації. Проте на другому місці в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, опинилася копінг-стратегія прийняття відповідальності, що є конструктивною. Відтак, можна відзначити, що, попри наявність спільного для обох груп дослідження домінування негативних копінг-стратегій, в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, це домінування, на відміну від групи підлітків, що набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, не є суцільним.

## ВИСНОВКИ

У ході дослідження було вирішено такі його завдання:

1. Проведено аналіз наукових поглядів на проблему ВІЛ-позитивних підлітків. Відзначено, у підростаючого покоління відіграють особистісні вікові чинники, які впливають на розвиток, самоствердження, прагнення самостійно приймати рішення, підлітки критично ставляться до навколишнього середовища, що призводить до конфліктів та протестів. ВІЛ – інфіковані люди гостро відчують проблеми, з якими вони зіштовхуються, коли дізнаються про свою хворобу. Це міжособисті протиріччя, руйнування професійних і родинних звязків, які впливають на індивідуально-психологічні особливості особистості [2]. Дані протиріччя проявляються в зміні соціального стилю поведінки. Інфіковані люди ведуть себе дратівливо, імпульсивно, підозріло, підвищена дратливість, невпевненість в собі. Часто ВІЛ- позитивні люди не можуть вибудувати лінію поведінки, в них виявляється зниження ініціативи, відсутність сміливості;

2. Визначено показники вираженості тривожно-депресивного стану в підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Використання тесту тривожності Спілбергера-Ханіна серед підлітків, що мають ВІЛ-позитивний статус за шкалами особистісної та ситуативної тривожності продемонструвало наявність переваги середнього та високого рівня особистісної схильності до тривожних відчуттів, що суттєво посилюються під час ситуативних стресових ситуацій.

За підсумками використання шкали депресії Бека було відзначено, що представники групи підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, схильні до виявів депресивності лише тоді, коли для цього є дійсно вагомий привід, у переважній більшості ситуацій вони демонструють спокійну та врівноважену поведінку. На відміну від них, у представників групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, було виявлено схильність до більш нервової та тривожної поведінки.

3. Виявлено специфічні прояви тривожно-депресивного стану в підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. За підсумками використання тесту «Велика П'ятірка» було виділено такі домінанти особистості учасників дослідження. Представники обох груп дослідження продемонстрували подібність у результатах, тому виокремлюватимемо їх з огляду на спільність для обох груп.

Так, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» було відзначено домінування низького рівня залученості до зовнішнього світу, що вказує на вияв інтроверсії та відсутність сильної вкоріненості до соціуму, залежності від нього. У граничних виявах така тенденція засвідчує небажання та неможливість установлювати соціальні контакти. За шкалою «Прив'язаність» також домінував низький рівень виявленості, пов'язаний із високорозвиненою егоцентричністю, відсутністю переживань стосовно колективних інтересів. Шкала «Самоконтроль» продемонструвала перевагу низьких показників, що пов'язані з відсутністю схильності до самоорганізації й дисципліни, слабкохарактерністю. Високі показники за шкалою «Нейротизм» свідчать про здатність ВІЛ-позитивних підлітків глибоко переживати емоції, переважно, власні. Низький рівень «відкритості новому досвіду» підтверджує заглибленість підлітків із ВІЛ-позитивним статусом у внутрішні переживання.

Використавши методику «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» більша кількість опитаних людей показала продемонструвала високий рівень відповідальності, цілеспрямованості.

За підсумками проведеного анкетування можна сформулювати такі проміжні висновки. В обох групах кількісно переважають дівчата, від 14 до 17 років. Більшість із них навчаються у школі.

Учасники опитування переважно знають про власний ВІЛ-статус протягом 3-5 років. Підлітки відзначають, що наявність у них ВІЛ-позитивного статусу здебільшого ніяк не вплинула на якість спілкування із

близькими, хоча наявні й окремі випадки погіршення стосунків та навіть припинення спілкування.

Абсолютна більшість підлітків проходить лікування проти наслідків ВІЛ-позитивного статусу. Ставлення до АРВ-терапії в підлітків із ВІЛ-позитивним статусом переважно є позитивним, проте зустрічаються випадки нейтрального та навіть негативного оцінювання цього різновиду лікування. При цьому переважна більшість опитаних підлітків вірить у ефективність лікування. Із вірою підлітків стосовно ефективності лікування, яке вони проходять, прямо пов'язана наявність у них планів на майбутнє.

Переважає більшість як тих підлітків, що набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, так підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, постійно стикаються із дискримінацією власної особи як носія ВІЛ-позитивного статусу.

4. Встановлено особливості копінг-стратегій, використовуваних для подолання кризових станів при ВІЛ-позитивному статусі. Так, за підсумками проведеного дослідження за методикою визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана у групі підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, відзначено домінування негативних копінг-стратегій, що пов'язуються із відсутністю віри в ефективність боротьби із хворобою, відчуттям своєї непристосованості до умов виживання у світі, що сприймається як ворожий. Ідеться про такі переважні для групи підлітків, що отримали ВІЛ-позитивний статус протягом життя, копінг-стратегії, як дистанціювання, уникнення, конфронтація тощо.

У групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, натомість, абсолютну перевагу продемонструвала копінг-стратегія уникнення, а серед чотирьох провідних наявні ще дві негативні копінг-стратегії – дистанціювання та конфронтації. Проте на другому місці в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, опинилася копінг-стратегія прийняття відповідальності, що є конструктивною. Відтак, можна відзначити, що, попри наявність спільного

для обох груп дослідження домінування негативних копінг-стратегій, в групі підлітків, що живуть із ВІЛ-позитивним статусом від народження, це домінування, на відміну від групи підлітків, що набули ВІЛ-позитивного статусу протягом життя, не є суцільним.

5. Проведено порівняльний аналіз показників підлітків із ВІЛ-позитивним статусом. Отримані результати за методиками щодо визначення особливостей тривожності та депресії при переживанні хвороби підтверджує кореляційний зв'язок за Пірсоном. Було констатовано, що показник «високий рівень депресії» має прямий кореляційний зв'язок із високим рівнем особистісної тривожності, який вказує на те, що коли підлітки із ВІЛ-позитивним статусом дуже сильно через нього занепокоєні, вони більше тяжіють до уникнення будь-яких розмов та згадок стосовно проблем, пов'язаних із їх статусом.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Баришева О. І. Психологічний супровід ВІЛ-інфікованих: цілі, завдання та зміст діяльності психолога. *Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. Сер. 12: Психологічні науки. 2012. Вип. 38. С. 162–170.
2. Баришева О. І., Муштай Н. В. Особливості психологічної допомоги ВІЛ/СНІД-інфікованим особам. *Актуальні проблеми психології*. 2011. Т. 7. Вип. 24. С. 5-15.
3. Боснюк В. Ф. Інтелектуально-емоційний ресурс копінг-поведінки рятувальника : монографія. Харків : ХНАДУ, 2016. 195 с.
4. Боснюк В. Ф. Зв'язок механізмів психологічного захисту з копінгстратегіями у рятувальників. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. Психологія. 2014. Вип. 41. С. 33-42.
5. Будницька О. А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючих ситуаціях: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07. К., 2002. 19 с.
6. Вакуленко Л. М. Особливості психічних типів реагування у хворих з вестибулярною дисфункцією. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т.7. Вип.20. Ч. 1. С. 55-58.
7. Габрель Р. Т., Маркова М. В. Особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів у контексті психосоціальної орієнтації та життєдіяльності партнерської пари. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2013. № 6 (60). С. 147 – 151.
8. Гасюк М. Б. Етапи психологічного супроводу хворого у кардіологічному відділенні. *Modern methods, innovations and operational experience in the field of psychology and pedagogist: International research*

*and practice conference*. Lublin, Republic of Poland. October 20–21, 2017. P. 215–219.

9. Гасюк М. Б., Нестерак Р. В. Внутрішня картина здоров'я хворих, що перенесли ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда: емпіричне дослідження. *Науковий вісник ХДУ*. Серія Психологічні науки. 2018. № 2. С. 149-155.

10. Гойда Н. Г., Єщенко О. Г. Гендерні аспекти у державній політиці протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу в Україні. *Український медичний часопис*. 2016. № 4 (414). С. 1 – 4.

11. Демченко І. Л., Артюр О. Р., Сусідко Т. І. та ін. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми : Аналітичний звіт за результатами дослідження. К. : Вид-во ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2014. 95 с.

12. Дзюбинська М. Я. Формування внутрішньої картини здоров'я у дітей хворих на епілепсію. *Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2015. Т.11, № 15. С. 127-135.

13. Дзюбинська М. Я. Внутрішня картина здоров'я дітей, хворих на епілепсію: емпіричне дослідження. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2017. № 1 (56). С. 113-118.

14. Дикий Б. М., Грижак І. Г., Пришляк О. Я. Структура уражень нервової системи у ВІЛ-інфікованих осіб. *Інфекційні хвороби*. 2014. № 2. С. 19–23.

15. Євтушенко С. К., Єфіменко О. М. Прояви ураження нервової системи у ВІЛ-інфікованих і стратегія подальшого спостереження. *Міжнар. неврол. журн.* 2015. Вип. 74. № 4. С. 20–26.

16. Жабенко Н. Ю. Суїцидальна поведінка і ВІЛ-інфекція. *Ліки України*. 2011. № 4. С. 45–47.

17. Журба А. Н. Аналіз понятійного конструкту «особистісні деструкції» в науковій літературі. *Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. 2015. № 43. С. 107–110.
18. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. ВІЛ-інфекція і СНІД. К., 2004. 636 с.
19. Кальченко А. М. Оцінка рівнів стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД серед працівників лікувально-профілактичних установ України. *Зб. наук. праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2013. Вип. 22. № 4. С. 129–135.
20. Кирилюк Н. П. Роль специфічних для ВІЛ-інфікованих пацієнтів стресорів у психогенезі депресії. *Український вісник психоневрології*. 2017. № 1. С. 123 – 124.
21. Лісова О. С. Психокорекція дезадаптивних типів внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу. *Медицинская психологія*. 2008. Т.3, № 1. С. 44-50.
22. Лісова О. Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я в осіб із виразковою хворобою: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія». Харків, 2008. 20 с.
23. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ : Ніжин, 2007. 115 с.
24. Марута Н. О., Ніканорова Ю. В. Суїцидальна поведінка у хворих на тривожні розлади. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, № 2. С. 10 – 15.
25. Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю. Особливості діагностики тривоги при невротичних розладах. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2015. № 3 (68). С. 101 – 106.
26. Муштай Н. В., Барішева О. І. Дослідження проблеми психологічного супроводу ВІЛ/СНІД-інфікованих. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. Серія № 12. Психологічні науки. 2008. № 21. С. 62-70.

27. Нестерак Р., Гасюк М. Значення навчання та психологічного супроводу хворих на ІХС на етапах реабілітації та відновного лікування. *Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine: International research and practice conference*. April 28–29, 2017, Lublin, 2017 P. 190–192.
28. Панчук Л. І., Волинець Н. В. Особливості психічних станів ВІЛ-інфікованих осіб. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2016. № 12. С. 152-155.
29. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. № 2 (12). С. 137-147.
30. Підбуцька Н. В. Психологічні особливості людей з онкологічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Вип. 2. Т. 2. С. 159-165.
31. Профілактика ВІЛ та ризикованої поведінки серед неповнолітніх, які перебувають у конфлікті із законом: навч.-метод. посібник : за ред. Т. В. Журавель. К. : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2015. 184 с
32. Пурденко Т. Й., Іленко Н. В., Островська Л. Й. та ін. Стан вегетативного та психоемоційного статусу ВІЛ-інфікованих осіб. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісн. укр. мед. стоматологічної академії*. 2014. Вип. 46, № 2. С. 46–49.
33. Пурик О. П. Особливості психологічної допомоги при ВІЛ-інфекції / СНІДі. *ВІЛ-інфекція: багатоманітність аспектів*. 2000. № 4. С. 15-31.
34. Пшук Н. Г., Кирилюк Н. П., Стукан Л. В. Клініко-патологічні особливості ВІЛ-інфікованих пацієнтів. *Архів психіатрії*. 2012. Т. 18, № 3. С. 29–33.

35. Романов О. П., Хаустова О. О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики. *Ліки України*. 2013. № 1. С. 89 – 94
36. Савенкова І. І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні гастроентерологічні розлади. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2009. Т. 11. С. 482-490.
37. Савенкова І. І. Диференціація часових характеристик у суб'єктів із нефрологічними порушеннями. *Проблеми психології творчості*. 2009. Т. 12. Вип. 6. С. 267-274.
38. Савенкова І. І. Особливості прояву тривожності у хворих на хронічні неінфекційні захворювання. *Психологія і суспільство*. 2011. № 1. С. 151-157.
39. Спіріна І. Д., Рокутов С. В., Гненна О. М. Клініко-психопатологічні та психологічні особливості поведінки при непсихотичних психічних розладах у хворих на ВІЛ (огляд літератури). *ДВКС*. 2017. №. 1-4. С. 87-93.
40. Спіріна І. Д., Фаузі Є. С., Гненна О. М. Оцінка рівня психологічної адаптації у ВІЛ-інфікованих з непсихотичними психічними розладами. *Вісник проблем біології і медицини* 2019. Вип. 1. Т. 1 (148). С. 167-173.
41. Терлецька Н. Внутрішня картина хвороби і якість життя хворих із психогенними депресіями невротичного рівня. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 11. С. 195–202.
42. Фіщенко Ю. І., Вієвський А. М., Мельник В. М. та ін. Епідеміологічні та організаційні аспекти надання інтегрованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, інфекційний гепатит та наркотичну залежність в Україні. *Український пульмонологічний журнал*. 2013. № 3. С. 34–46.
43. Хомуленко Т. Б. Основи психосоматики. Вінниця: Нова книга, 2009. 120 с.

44. Центр громадського здоров'я ВООЗ України. URL: <https://www.phc.org.ua>.
45. Циганчук Т. В. Динаміка переживання стресу студентами: індивідуально-психологічні характеристики. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. пр. К., 2010. Т. X. Вип. 16. С. 564–574.
46. Циганчук Т. В. До проблеми дослідження психоемоційних стресових станів юнацтва в процесі навчання. *Проблеми загальної та педагогічної психології*: зб. наук. пр. К., 2007. Т. IX. Ч. 4. С. 399–404.
47. Циганчук Т. В. Підвищення стресостійкості у студентів ВНЗ. *Практична психологія та соціальна робота*. К., 2010. № 8. С. 18- 30.
48. Чанцева-Коваленко О. М. Психологічні особливості формування позитивної моделі сімейного життя у студентів вищих навчальних закладів. *Освіта, наука та виробництво: розвиток та перспективи* : матеріали І наук.-метод. конф., (Шостка, 28 квіт. 2015 р.). Суми : Сумський держ. ун-т, 2015. С. 194–196.
49. Чуприков А. П., Лобанов С. О. Психологічні порушення, що спостерігаються при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі. *Мед. всесвіт: спецвипуск з проблем ВІЛ/СНІД*. 2003. Т. 3, № 1. С. 106–111.
50. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів: навч. посібник. К.: Здоров'я, 2005. 120 с.
51. Шухтін В. В., Гойдик В. С., Гойдик Н. С., Герасименко О. А., Цибуля В. О. Психоемоційний стан ВІЛ-інфікованих з дерматологічною патологією. *Лікувальна справа*. 2019. № 1-2. С. 43-52.
52. Bauer L.O. Differential effects of alcohol, cocaine and opioid abuse on event-related Potentials recorded during a response competition task. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002. Vol. 66. № 2. P. 137-145.
53. Bernard M. The Social-Emotional Well-Being Surveys. Victoria, 2003.

54. Bolton K. The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis. University of Texas at Arlington, 2013. 118 p.
55. Knowles J. B., Drossman D. A. Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment. *Evidence based gastroenterology and hepatology* / Eds J.McDonald, A.Burnjughs, D.Hagan. London: BMJ books, 1999. P. 241-260.
56. LazarusR. S. *Psychological stress and the coping process*. N.Y.: McGraw-Hill, 2016. 257 p.
57. Neuropsychological findings and psychiatric symptoms in HIV-1 infected and noninfected drug users / G. Pakesch, N. Loimer, J. Grinberger et al. *Psychiatry Res.* 1992. Vol. 41 (2). P. 163-77.
58. Rueda S., Raboud J., Mustard C. et al. Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. *AIDS Care.* 2011. Vol. 23(4). P. 435-443.
59. UNAIDS 2016–2021 strategy. On the fast-track to end AIDS. URL: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151027\\_UNAIDS\\_PCB37\\_15\\_18\\_EN\\_rev1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf).
60. Wang H., Zhou J., He G. et al. Consistent ART adherence is associated with improved quality of Life, CD4 counts, and reduced hospital costs in central China. *AIDS Res. Hum. Retroviruses.* 2009. Vol. 25(8). P. 757-763.